Pour que votre enfant n'ait plus peur

Guide pour s'aider soi-même

Dr Jacques Leveau

Odile Jacob

« GUIDE POUR S'AIDER SOI-MÊME »

DÉJÀ PARUS

Mon enfant s'oppose. Que dire ? Que faire ?
Dr Gisèle George.
Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC.
Dr Alain Sauteraud.
Mieux vivre sa sexualité.
Dr François-Xavier Poudat.
Affirmez-vous ! Pour mieux vivre avec les autres.
Dr Frédéric Fanget.
Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie.
Dr Jean-Luc Émery.
Mon enfant est triste. Comprendre et aider l'enfant déprimé.
Luis Vera.
« Peut mieux faire. » Remotiver son enfant à l'école.
Didier Pleux.
Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique ?
Dr Aurore Sabouraud-Séguin.
Comment sortir de l'anorexie. Et retrouver le plaisir de vivre.
Dr Yves Simon, Dr François Nef.
La Dépression, comment en sortir.
Dr Christine Mirabel-Sarron.
Comment retrouver le sommeil par soi-même.
Dr Sylvie Royant-Parola.
L'Enfant surdoué. L'aider à grandir, l'aider à réussir.
Jeanne Siaud-Facchin.
Pas de panique au volant !
Dr Roger Zumbrunnen.
Comment arrêter de fumer ?
Dr Henri-Jean Aubin, Dr Patrick Dupont, Pr Gilbert Lagrue.
Maîtriser son trac.
Dr Laurent Chneiweiss, Dr Éric Tanneau.
Comment ne pas se gâcher la vie.
Dr Stéphanie Hahusseau.
Comment arrêter l'alcool ?
Pierluigi Graziani, Daniela Eraldi-Gackiere.
Soigner le stress et l'anxiété par soi-même.
Dr Dominique Servant.
Comment sortir de la boulimie. Et se réconcilier avec soi-même.
Dr François Nef, Dr Yves Simon.
La timidité. Comment la surmonter.
Dr Gérard Macqueron, Stéphane Roy.

J'éveille mon bébé.
Dr Béatrice Millètre.

Collection dirigée
par Christophe André

© ODILE JACOB, mars 2005

15, RUE SOUFFLOT, 75005 PARIS

www.odilejacob.fr

ISSN : 1620-0853

EAN : 978-2-7381-8108-4

Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5 et 3 a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou réproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4). Cette représentation ou reproduction donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Ce document numérique a été réalisé par Nord Compo

À mon épouse Christine,
à ma fille Laura,
pour leur joie de vivre.

La collection « Guide pour s'aider soi-même » est conçue pour vous aider à faire face aux difficultés de la vie quotidienne, mais aussi aux problèmes psychologiques les plus sérieux. Chaque guide répond à vos questions et vous propose des informations pour comprendre ce qui vous arrive (ou ce qui arrive à l'un de vos proches) ainsi que des conseils pour agir au quotidien.

Médecins, psychologues, ou autres professionnels de santé, les auteurs sont toujours des spécialistes reconnus et expérimentés du problème abordé. Ils ont déjà aidé de nombreuses personnes dans votre cas à s'en sortir. Et le livre que vous tenez entre les mains a été relu et validé par des lecteurs confrontés aux mêmes difficultés que vous.

Vos réactions à la lecture de cet ouvrage, la manière dont il a pu vous aider, dont vous l'avez utilisé et mis en pratique nous intéressent beaucoup. N'hésitez pas à nous écrire pour raconter votre expérience.

Christophe André

Introduction

Morgane, 4 ans, une enfant charmante et adorable, comme dit son père, est collée aux jupes de sa mère cet après-midi-là.

Elle est invitée à un anniversaire et refuse catégoriquement de rejoindre ses petites copines.

Il n'y a pourtant rien d'inquiétant dans cette situation.

Morgane connaît tous les enfants qu'elle fréquente régulièrement à son école maternelle. Sa meilleure amie est là, prête à l'inviter à rejoindre les autres en compagnie du clown organisateur.

Rien n'y fait ! Tous les arguments logiques tombent à l'eau et augmentent même son angoisse !

Sa mère commence à perdre son calme et se demande si sa fille ne se moque pas d'elle car Morgane est plutôt dégourdie à la maison.

Elle est dynamique, n'a peur de rien et est même un brin tyrannique.

Les peurs de nos enfants sont ainsi : étonnantes et pas toujours explicables logiquement.

Vous avez tendance à banaliser : « Ça passera », « Ne fais pas de caprices », « Allons, sois une grande. »

Mais rien n'y fait.

Votre enfant est terrorisée par des choses aussi simples qu'un anniversaire !

Vous avez pensé à lui expliquer les dangers des prises électriques, des verres qui cassent, mais l'anniversaire d'une amie, non !

Pourtant, il n'y a là rien de dangereux !

Alors pourquoi cette peur dans les yeux de Morgane ?

Comment faire la différence entre l'anxiété naturelle, les peurs « normales » et les phobies (peurs excessives avec évitement) ?

Comment aborder les premières peurs « normales » du petit enfant : la peur des personnages déguisés, la peur du noir, la peur des bruits, la peur des inconnus ?

Comment l'aborder chez l'enfant plus âgé : la peur de la séparation, la peur des transports, la peur des animaux, la peur des phénomènes naturels ?

Faut-il se demander : est-ce de ma faute, je l'aurais trop couvé ? Se remettre en question en tant que parent ? Faut-il, finalement, se demander qui est coupable ?

Ces questions me sont régulièrement posées par les parents,

surpris et culpabilisés par les peurs et les phobies de leurs enfants.

J'essaierai d'y répondre dans ce livre. Je vous expliquerai également à quoi ressemblent ces peurs et phobies. Je vous montrerai comment les repérer, les évaluer et apprécier leur retentissement. Je vous parlerai des explications scientifiques données par les chercheurs pour comprendre l'origine de ces peurs excessives, car il existe des peurs de base, invariantes chez tous les enfants, avec le même thème commun.

Ce livre a surtout pour but de vous permettre d'aider correctement et efficacement votre enfant à faire face à ses peurs, je vous dirai comment vous pouvez agir.

Parmi les nombreuses formes de psychothérapies proposées aujourd'hui, les thérapies comportementales et cognitives fondées sur des études scientifiques reconnues par l'ensemble des professionnels restent les plus efficaces pour le traitement de ces troubles.

C'est cette approche que j'aborderai dans ce « Guide pour s'aider soi-même ».

Je vous en parlerai en détail, mais sachez dès maintenant que cette méthode vous impliquera personnellement dans la démarche thérapeutique et vous permettra de repérer s'il vous faut l'aide d'un professionnel et lequel, si votre prise en charge n'est pas suffisante.

La description de nombreux exemples d'enfants phobiques traités avec succès vous aidera à ne plus vous sentir seul et culpabilisé ou résigné.

Je consacrerai une grande partie de ce livre aux phobies scolaires qui sont particulièrement invalidantes par leurs conséquences sur l'avenir des enfants et qui nécessitent une prise en charge rapide et efficace.

Vous découvrirez en parcourant le livre différents tableaux et questionnaires vous permettant de mieux cibler le trouble.

Ne dit-on pas en mathématiques que lorsqu'un problème est bien posé la solution en découle de façon évidente ? C'est un peu la même chose en psychologie…

Je le répète, le choix d'une méthode efficace et rapide évite toutes les répercussions psychologiques parfois graves et irréversibles survenant lorsque le maintien des troubles se poursuit dans le temps :

— l'échec scolaire et ses répercussions sur l'avenir de votre enfant,
— la dépression,
— l'isolement social,
— les troubles du sommeil,
— les troubles de l'alimentation : anorexie, boulimie, etc.

Je vous engage à être d'autant plus vigilant que contrairement à l'adulte qui reconnaît le caractère démesuré et irrationnel de la peur excessive, la majorité des enfants en sont incapables et ne vous en

parlent pas directement.

Même s'il en souffre énormément intérieurement, un enfant garde ses secrets et ne les exprime pas par la parole, mais souvent par des manifestations corporelles :

— mal de ventre, le lundi matin avant de partir à l'école,
— vomissements,
— crises de colère.

Ce qui naturellement peut aboutir à des conflits parfois violents entre vous et votre enfant et vous conduire à la longue à avoir des attitudes éducatives opposées envers lui :

— punitions physiques et excès d'autorité,
— laxisme, renoncement et manque d'autorité,
— etc.

Les sœurs et les frères peuvent également être perturbés par cette attitude étrange.

Pas de temps à perdre, bonne lecture et bon travail !

Pour que votre enfant n'ait plus peur !

Chapitre 1
Quelles sont les différentes peurs ?

Voici l'histoire au départ assez banale de Victor, âgé de 9 ans.

> *Victor joue au ballon au bord de la piscine durant les vacances d'été. Le climat est agréable, tout le monde est détendu. Son père et sa mère dégustent une glace tout en surveillant discrètement leur précieuse progéniture. Soudain, en essayant d'attraper la balle, Victor tombe à l'eau alors qu'il ne sait pas encore très bien nager. C'est un petit bassin où il a pied, il devrait donc y avoir « plus de peur que de mal ! ». Mais Victor se met à hurler en sortant du bassin et court se réfugier dans les bras de sa mère. Il pleure et s'agite, il est pâle et crie « qu'il a failli mourir, que l'eau est dangereuse, que plus jamais il n'ira dans une piscine ! ».*

L'incident est clos, les jours et les semaines passent. Par prudence, ses parents n'évoquent plus l'incident et Victor continue à vivre normalement à la maison comme à l'école. Un soir, dans le cahier de correspondance entre le maître et les parents figure une note d'information : « Lundi prochain, ne pas oublier les affaires de piscine. »

À la lecture de ce texte Victor devient pâle, tendu et il court se réfugier dans sa chambre en pleurant ! Sa mère et son frère jumeau, Adrien, restent médusés. Après quelques minutes, en accord avec son mari, sa mère décide de rejoindre Victor pour tenter de le rassurer. Rien n'y fait, il continue à sangloter caché sous les couvertures.

Finalement, après concertation, ses parents lui annoncent qu'ils sont d'accord pour demander un certificat médical au médecin de famille et lui éviter d'aller à la piscine lundi.

Victor se calme progressivement et tout rentre dans l'ordre.

De quoi s'agit-il ?

Victor présente les caractéristiques d'une phobie dite « spécifique », appelée il y a encore quelques années phobie « simple ».

En voici les principales manifestations :

• une peur persistante, intense, déclenchée par la présence (ou la simple anticipation de pensée) d'un objet ou d'une situation : dans notre exemple, le lieu « piscine » ;

• si l'enfant est malgré lui confronté à cette situation, se déclenche une réaction anxieuse qui peut prendre la forme d'une véritable attaque de panique ;

• parfois, l'enfant exprimera son anxiété par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement : Victor a ce type de comportement à la simple évocation d'être obligé d'aller à la piscine le lundi suivant sur la demande de son maître ;

• il évitera de façon systématique la situation phobique (la piscine dans cet exemple) : il essaiera par exemple d'obtenir à tout prix un certificat médical pour éviter d'aller à la piscine ;

• s'il ne peut le faire, cette situation sera vécue avec une anxiété intense.

Comme vous le voyez, cette phobie n'est pas aussi « simple » pour Victor et c'est la raison pour laquelle les professionnels parlent actuellement de phobie « spécifique » car, lorsque la peur et les phobies de l'enfant dépassent une durée de quelques mois, il y a urgence à les traiter pour éviter de graves complications et la généralisation de la peur à d'autres situations.

Je vous en reparlerai plus loin.

Peurs « normales »

Chez le petit enfant :
— peur des personnes déguisées,
— peur du noir,
— peur des bruits,
— peur des inconnus.

Chez l'enfant plus âgé :
— peur de la séparation,
— peur des transports,
— peur des animaux,
— peur des phénomènes naturels.

Où commence l'excès de peur ?

Les peurs non seulement font partie du développement normal de l'enfant, mais sont aussi utiles pour lui apprendre à maîtriser les difficultés du monde extérieur.

Vous gardez certainement le souvenir, par exemple, d'avoir été

appelé plusieurs fois par votre enfant qui avait « peur du noir » avant de s'endormir :

— « Il y a des fantômes dans ma chambre, j'ai peur. »
— « Il y a des animaux cachés sous mon lit. »

Ce sont des peurs « normales » qui :

— sont transitoires,
— apparaissent à un certain âge,
— n'interfèrent pas sur les activités de l'enfant (notamment au niveau de la scolarité).

Souvent, la simple réassurance des parents et quelques gestes éducatifs simples permettent à l'enfant de vaincre ces peurs.

Dans le cas contraire, les conseils d'un professionnel peuvent vous être utiles.

Votre inquiétude se justifie seulement lorsque les peurs sont durables et empêchent le bon fonctionnement social de l'enfant, notamment dans sa scolarité.

VOUS NE DEVEZ PAS VOUS INQUIÉTER Peurs « normales »	VOUS DEVEZ AGIR Peurs « exagérées »
— Transitoires. — Durée anormalement longue, plus de quelques mois. — Apparaissent à tout âge. — N'interfèrent pas sur les activités de l'enfant (notamment au niveau scolaire). — Disparaissent rapidement par une attitude éducative cohérente, évitant la surprotection.	— Ne disparaissent pas rapidement par une attitude éducative cohérente, évitant la surprotection.

Quelles sont les principales manifestations du trouble ?

L'anxiété qui résulte d'un incident comme celui de la « piscine » chez Victor a trois composantes :

• Victor présente un comportement particulier : *agitation, figement, fuite…*

• Victor y associe un aspect « cognitif » particulier : *idées erronées, impression de danger imminent, attente craintive…*

• Victor présente des troubles physiologiques : *le cœur qui s'emballe, des bouffées de chaleur, des difficultés à respirer normalement…*

Pour ces raisons, quel que soit le trouble, je vous apprendrai à évaluer et à faire un travail avec l'enfant :

— sur ce qu'il fait dans cette situation,
— sur ce qu'il craint (qu'un nouvel accident puisse arriver par exemple),
— sur ses réactions physiologiques.

En dehors des phobies spécifiques comme dans l'exemple de Victor, il existe d'autres formes de peurs et phobies de l'enfant :

— la peur excessive du regard et du jugement des autres,

— la peur excessive de subir un malaise et de perdre le contrôle,
— les phobies scolaires.

Référez-vous au tableau page 25.

Voici un tableau de tous les exemples de phobies traitées dans ce livre.

TABLEAU DES EXEMPLES

Victor (9 ans)	Phobie de la piscine
Marine (13 ans)	Phobie du car scolaire
Géraldine (8 ans)	Phobie d'utiliser les toilettes de l'école
Sophie (7 ans)	Peur de l'endormissement
Agathe (10 ans)	Peur des chiens
Laura (10 ans)	Peur des piqûres et du docteur
Théo (13 ans)	A le trac en classe
Jules (12 ans)	Timidité en groupe
Manon (14 ans)	Phobie sociale
Lola (10 ans)	Peur de subir un malaise et de perdre le contrôle (angoisse panique, trouble panique, agoraphobie)
Aymeric (12 ans)	Phobie scolaire par refus anxieux de l'école
Jonathan (12 ans)	Phobie scolaire par anxiété de séparation

Commençons par des exemples de phobies spécifiques.

Les phobies spécifiques

Comme je vous l'ai dit, il y a encore quelques années les professionnels de la santé parlaient non pas de phobies spécifiques mais de phobies « simples ».

Cet adjectif qualificatif de « simple » prêtait à confusion dans la mesure où il pouvait faire croire qu'il était facile de vivre avec ce type de peur excessive et aisé de s'en défaire.

En réalité, il n'en est rien comme vous le verrez plus loin.

La plupart des études montrent qu'il y a quatre grandes catégories de phobies spécifiques aux enfants et aux adolescents :

— la peur de certaines situations,
— la peur de l'obscurité,
— la peur des animaux,
— la peur du sang et des blessures.

CLASSIFICATION DES PRINCIPALES PHOBIES DE L'ENFANT

Phobies spécifiques
Peur de certaines situations.
Peur de l'obscurité.
Peur des animaux.
Peur du sang et des blessures.
La peur du regard et du jugement des autres
Peur de subir un malaise et de perdre le contrôle
Les phobies scolaires
Par refus anxieux de l'école.
Par anxiété de séparation.

[image] La peur de certaines situations

Voici quelques exemples.

La peur de la piscine

Je reprends l'exemple de Victor qui, depuis sa chute dans la piscine, n'ose plus y retourner et a obtenu un certificat médical en ce sens.

La moindre allusion à sa participation à une activité aquatique le rend colérique et provoque non seulement un comportement de fuite et de pleurs, mais également des manifestations de son corps : le cœur qui bat vite, la transpiration des mains et une sensation d'étouffement.

Considérant que le problème de Victor est un « petit » problème, ses parents ne s'inquiètent pas trop. « Tant qu'il travaille bien à l'école et qu'il ramène de bonnes notes, pourquoi s'inquiéter outre mesure ? »

Mais en réalité ce n'est pas ce qui se passe dans sa tête ! C'est vrai qu'il continue à bien travailler à l'école, mais à quel prix ! Il n'ose pas vous en parler mais le jour de la piscine il fréquente la salle d'étude pendant que ses camarades sont partis avec le maître et le professeur de gymnastique et la question redoutée arrive de la part du surveillant : « Pourquoi tu ne vas pas à la piscine ? Tu n'as pas l'air très malade. »

Ses camarades, l'après-midi, le traitent de « poule mouillée », et cela devant les filles de la classe.

Pis encore ! Quand son père le conduit à l'école et qu'ils passent devant la piscine municipale il devient pâle et son cœur bat la chamade, mais il n'ose pas lui demander de changer de parcours.

L'autre jour, il lui est même arrivé de vomir dans la voiture, son père a été obligé de le ramener et d'appeler le médecin. Celui-ci, inquiet, a conseillé de le garder quelques jours au chaud. La nuit, il fait de plus en plus souvent des cauchemars affreux : il se voit couler dans la mer et entend les moqueries de ses camarades. Il évite même d'utiliser la baignoire dans la salle de bains. Le matin du retour à l'école il fait de nouveau une crise de douleurs au ventre. Mais cette fois ses parents décident de ne pas appeler le médecin. Son père tente de l'emmener de force mais Victor s'échappe et se réfugie dans sa chambre en pleurant. Ses parents n'insistent pas mais les jours passent et Victor refuse toujours d'aller à l'école.

Alors que peuvent-ils faire ?

Je reçois très souvent en consultation des enfants aussi angoissés et perturbés accompagnés par leurs parents, qui ne savent plus comment réagir alors qu'au départ il y a eu la « simple » peur d'une situation précise : la peur de la piscine.

Vous comprenez maintenant par cet exemple que l'expression « phobie simple » est inadéquate et qu'il est justifié de parler de « phobie spécifique » car si, au départ, la peur est bien liée à une situation précise, malheureusement les conséquences négatives arrivent extrêmement rapidement chez l'enfant ainsi que chez les parents.

Et tout cela pour une chute dans une piscine !

La peur du car scolaire

Marine est une adolescente de 13 ans, très bonne élève dont les parents sont fiers. Relativement timide et très discrète, elle ne pose pratiquement aucun problème. Elle a une sœur cadette avec qui elle s'entend bien malgré une personnalité tout à fait opposée. Chaque matin et chaque soir, elle prend le car de ramassage scolaire pour se rendre à l'école.

Un soir, elle arrive à la maison, livide et en pleurs. Elle demande la permission de sauter le repas du soir et de se mettre au lit rapidement, prétextant un mal de ventre. Bien sûr, ses parents acceptent sans oser trop l'interroger dans un premier temps.

Le lendemain matin, elle se plaint encore de maux de ventre. Ses parents appellent le médecin de famille qui l'examine, mais ne trouve rien d'anormal, en particulier pas de température.

Devant l'expression de frayeur de Marine, qu'il connaît bien par ailleurs, il conseille de la « garder au chaud ».

Malheureusement, les jours suivants, Marine présente le même tableau. Le médecin de famille, très inquiet, décide de lui parler seul à seule car elle ne fréquente plus l'école depuis un mois et cela ne s'arrange pas.

Seule avec lui, elle éclate en sanglots et « vide son sac » en racontant ce qui s'est réellement passé le premier soir.

Elle est montée tranquillement dans le car de ramassage et subitement a eu des nausées. Elle pressentait l'accident, mais trop timide elle n'a pas osé prévenir le chauffeur du car pour lui demander de descendre. Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'elle a peur de demander de l'aide. Elle a vomi sur l'élève assis devant elle !

Aujourd'hui, elle refuse de prendre le car scolaire car elle a très peur de vomir de nouveau devant ses camarades et d'être ridicule !

Elle exprime qu'elle a peur de vomir également à la maison après les repas et même dans d'autres lieux.

Elle souffre car elle sait que son année scolaire risque d'être perdue si elle continue à s'absenter.

Elle est honteuse car elle est ambitieuse et consciente que ses parents accordent énormément d'importance aux études de leurs filles.

Elle redoute les prochaines réunions de famille lorsqu'on lui posera la sempiternelle question : « Comment cela va à l'école ? »

Le médecin de famille a mis lui-même ses parents au courant en accord avec Marine et, très inquiet, conseille de consulter un spécialiste : elle lui a confié qu'elle avait même pensé à faire des « bêtises » en avalant des médicaments.

C'est dans ces conditions que je reçois Marine accompagnée par ses parents.

Je vous expliquerai plus loin comment on peut aider Marine à sortir de ce cercle vicieux (voir page 132).

La peur de se rendre aux toilettes de l'école

Je vous parle maintenant de l'exemple de Géraldine, charmante petite fille de 8 ans, qui vient me consulter sur les conseils du médecin de famille pour une « énurésie diurne quotidienne sans cause organique rebelle à tout traitement ».

Je traduis les propos du confrère généraliste en termes simples : « Géraldine a des accidents "pipi" tous les jours malgré un traitement par médicaments et après avoir effectué différents examens des reins et de la vessie. »

Mon confrère précise que Géraldine a été propre la nuit et le jour normalement dès l'âge de 4 ans, mais que les accidents diurnes sont apparus au milieu de l'année scolaire du CP.

Les parents sont troublés dans un premier temps de se rendre chez un pédopsychiatre pour un simple problème de pipi !

Mais ils admettent avoir remarqué quelques signes de « déprime » chez leur fille :

— moins d'enthousiasme pour aller à l'école,
— refus de se rendre aux anniversaires de ses amies,
— tendance à l'isolement en général,
— manque d'appétit.

Ils sont de plus en plus inquiets de la chute progressive des résultats scolaires et des remarques dans le cahier de correspondance.

Après avoir détendu l'atmosphère par quelques paroles rassurantes et déculpabilisantes, je leur demande de regagner la salle d'attente et je reste seul avec Géraldine à qui je propose de faire un dessin de la cour de récréation de son école en n'oubliant pas d'y faire figurer l'emplacement des toilettes.

Géraldine fond en larmes.

Au cours de l'entretien, j'apprends que, au début de l'année scolaire, Géraldine est restée prisonnière pendant deux heures dans les toilettes de l'école suite à un blocage du verrou de la porte par des élèves de sa classe, qui se moquent d'elle depuis la rentrée et la traitent de « cafteuse » et de « chouchou » de la maîtresse.

Elle a beaucoup de mal à se défendre lorsqu'elle se fait chahuter, ne répond pas aux insultes et préfère se plaindre à la maîtresse, ce qui provoque son isolement dans la classe.

Je la rassure en précisant que je vais lui apprendre à mieux affronter ces situations et je lui demande de préciser ce qu'elle a vécu réellement lorsqu'elle s'est sentie prisonnière dans les toilettes.

Elle m'explique avec angoisse qu'elle a été prise de panique comme si elle suffoquait et qu'elle s'est mise à frapper sur la porte en pensant : « Je vais rester enfermée toute la nuit et mourir étouffée quand il n'y aura plus d'air ! Ensuite j'ai bouché mon nez car cela sentait très mauvais jusqu'à ce que la surveillante remarque mon absence. »

Je profite de la confiance qu'elle m'accorde pour lui demander si elle n'a pas subi d'agression physique, mais apparemment non !

Je n'insiste pas davantage pour ne pas la traumatiser par d'autres questions.

Vous verrez par la suite comment Géraldine, avec l'aide de ses parents, a pu guérir de ce trouble (voir page 134).

Les phobies de situation sont nombreuses

La liste est longue et il est inutile d'énumérer toutes les phobies en leur donnant des noms avec racines grecques qui ne feraient qu'augmenter votre angoisse et celle de votre enfant.

À l'inverse, il faut décrire les situations de peur avec des mots simples et précis afin que votre enfant puisse se rendre compte lui-

même facilement de ses progrès.

Soulignons déjà quelques points importants dans le traitement des phobies spécifiques :

• Comprendre pourquoi la phobie s'est installée ne suffit pas à la supprimer. Victor et Marine « savent » pourquoi ils sont devenus phobiques, le premier parce qu'il a failli se noyer et la seconde parce qu'elle a vomi dans le car. Mais ces raisonnements pourtant logiques ne suffisent pas à les guérir.

• Supprimer un comportement phobique par thérapie comportementale et cognitive n'entraîne jamais l'apparition d'un autre comportement phobique. Géraldine, après le traitement, ne souffre plus de phobie de se rendre aux toilettes et n'a pas pour autant développé une phobie des araignées par exemple.

• Il n'y a pas de « petite » phobie qui passera avec le temps chez un enfant.

• Les enfants cachent très longtemps leurs peurs comme ils le font pour les agressions sexuelles ou les mauvais traitements. Il faut être vigilant et ne pas hésiter à utiliser des questionnaires et dessins pour les mettre à l'aise.

Je reparlerai de ces points très importants plus loin. Je continue la description d'une autre famille de peurs spécifiques.

[image] La phobie de l'obscurité

Cette peur très fréquente est source de nombreuses consultations chez le médecin de famille et le pédiatre, entraînant parfois l'utilisation de médicaments dits « calmants », qui bien qu'efficaces risquent d'être réutilisés trop fréquemment.

La peur de l'endormissement

Voici l'exemple de Sophie, âgée de 7 ans.

Sophie pousse des hurlements lorsqu'elle doit se mettre au lit seule dans sa chambre, malgré les paroles rassurantes de ses parents. Elle quitte sa chambre en hurlant, se précipite dans leurs bras et exige de dormir dans leur chambre, la veilleuse allumée.

Ce que bien entendu ils acceptent pour la rassurer et se rassurer eux-mêmes car ils redoutent un arrêt cardiaque tant son cœur bat vite lorsqu'elle panique.

Cette attitude se répète pendant plusieurs semaines : Sophie exige de s'endormir avec la lumière allumée, la porte de la chambre ouverte et en compagnie de sa maman qui campe sur un matelas par terre à côté de son lit.

Un soir, sans la prévenir, fatiguée par ces nuits mouvementées, sa maman décide après son endormissement de regagner le lit conjugal discrètement.

Malheureusement, Sophie fait un cauchemar en pleine nuit, se réveille affolée et se précipite à nouveau dans leur lit qu'elle ne veut plus quitter.

Quand ils tentent d'opposer un refus à sa demande, les hurlements fusent de plus belle, à tel point qu'ils appellent le médecin de famille qui parvient à l'apaiser en lui donnant un léger calmant.

Le même scénario se répète le lendemain.

Face à cette situation, particulièrement inquiets, ses parents acceptent de consulter un spécialiste sur les conseils du médecin qui s'interroge : « Sophie a-t-elle des troubles psychologiques graves ? »

C'est dans ces conditions que je les reçois tous les trois, visiblement très fatigués et anxieux. Après les avoir écoutés, je reste seul avec Sophie et je lui demande de remplir l'échelle comportementale d'anxiété phobique dont je vous parlerai en détail plus loin. Soudain, à la phrase : « j'ai peur du noir », elle devient pâle et se met à sangloter.

Une fois calmée, elle me parle d'une cassette vidéo d'un dessin animé regardé il y a trois semaines seule dans sa chambre, montrant l'incendie d'une maison où une fillette endormie dans sa chambre ne s'apercevait pas du feu. Sans regarder la fin du film, elle s'est précipitée hors de sa chambre et s'est réfugiée dans le salon sans rien dire à ses parents : « Mon cœur battait très fort ! » Puis cela s'est calmé. Elle a du mal à me préciser le temps exact de la durée de sa crise, cela lui a semblé « interminable ». Elle me confie en rougissant qu'elle avait été privée de télévision ce jour-là, qu'elle l'avait regardée en cachette et que, pour cette raison, elle n'a pas osé en parler à ses parents : « Depuis j'ai une mauvaise pensée dans la tête », précise-t-elle. Je la rassure en lui expliquant que je vais l'aider à sortir la « mauvaise pensée » et lui demande de continuer à remplir le questionnaire.

En accord avec elle, je fais revenir ses parents et, à l'aide d'un schéma dessiné sur un grand tableau, je leur expose mon hypothèse du déclenchement du trouble et je leur propose une thérapie dont je décris le déroulement plus loin (voir page 137).

Les demandes de consultation pour la peur de l'obscurité sont très fréquentes et variées et ne nécessitent pas toujours d'emblée une intervention thérapeutique d'un professionnel si la peur se situe dans le cadre de l'évolution normale de l'enfant. La peur de l'obscurité, à condition de ne pas durer trop longtemps et de ne pas perturber le fonctionnement de la vie sociale et en particulier l'adaptation à l'école, permet à l'enfant d'apprendre à avoir peur sans éviter sa peur.

Ce qui lui permettra d'affronter par la suite des situations plus dramatiques sans crise de panique : ne pas s'affoler lorsqu'on se perd la nuit dans un endroit peu fréquenté, ne pas paniquer lorsqu'on est bloqué dans le noir dans un ascenseur, etc.

[image] La peur des animaux

La peur des animaux est également une cause fréquente de consultation en pédopsychiatrie.

Voici un exemple dramatique que j'ai eu à traiter il y a quelques

années.

La peur des chiens

Agathe, mignonne petite fille blonde aux yeux bleus âgée de 10 ans, s'installe dans le fauteuil devant le bureau du cabinet de consultation assise entre son père et sa mère.

Ils ont pris eux-mêmes rendez-vous par téléphone avec ma secrétaire sans lettre d'un médecin et j'ignore le but de la visite.

En effet je perçois une ambiance très lourde et, dans ces situations, j'ai l'habitude de plaisanter et de lancer en souriant :

« Serre-moi la main et voici du papier pour dessiner. »

Lentement, Agathe sort sa main droite de sa poche et je sens le contact de sa main mutilée dans la mienne : elle a perdu les quatre premiers doigts de la main.

Malgré l'expérience de situations difficiles et inattendues, je ressens à mon tour un début de réaction de panique : mon cœur s'accélère et ma respiration s'est bloquée en croisant le regard d'Agathe.

Heureusement, suivant les conseils de mon ange-gardien-psychiatre-comportementaliste qui ne me quitte jamais dans les situations imprévues, je contrôle ma respiration et jugule un déclenchement de panique en veillant à prendre l'air doucement par le nez et en le soufflant doucement par la bouche comme je le répète des centaines de fois au cours de l'apprentissage de la technique de relaxation à mes petits patients.

J'ai l'impression qu'Agathe guette ma réaction. Je continue à la regarder dans les yeux : son visage m'envoie un sourire que je lui rends.

L'atmosphère passe au beau fixe et ses parents m'expliquent le drame vécu par Agathe sur une plage de Corse pendant les vacances d'été.

Ils avaient accosté leur bateau avec des amis pour passer l'après-midi sur la plage.

Le couple d'amis avait un chien rottweiller réputé dangereux, mais bien dressé selon son maître. Les enfants se connaissent de longue date et sont familiers avec le chien.

Le drame arrive lorsque Agathe s'approche du chien occupé à manger.

Il se précipite sur elle et happe sa main dans sa gueule sans la lâcher. Le propriétaire se précipite et tue le chien à coups de bâton. Hurlements, cris dans tous les sens, intervention de l'hélicoptère du SAMU. La scène est très violente.

Prise en charge psychologique d'Agathe et de ses parents. Multiples opérations chirurgicales.

Agathe est aujourd'hui obnubilée par la peur de retourner en classe et de présenter une crise de panique à l'idée de rencontrer un chien.

Actuellement, elle reste prostrée dans sa chambre et refuse de retourner à l'école.

Vous lirez dans les prochains chapitres du livre comment l'application méthodique de la thérapie a guéri Agathe de son trouble grâce à la collaboration très active de ses parents (voir page 140).

Autres exemples

Ils sont très nombreux.

Vous connaissez certainement parmi vos proches des enfants souffrant de la peur des animaux et des insectes : les chiens, les chats, les araignées et autres insectes rampants, les abeilles et les guêpes, et les serpents, pour ne citer que les plus fréquents.

La prise en charge de toutes ces peurs est fondée sur les mêmes principes, que je vous expose un peu plus loin dans ce livre.

[image] La peur du sang et des blessures

La peur des piqûres d'un docteur

Laura, petite fille de 10 ans, n'est plus à jour dans son calendrier de vaccinations depuis deux ans.

À cette époque, le médecin de famille, qu'elle connaît pourtant très bien depuis sa naissance, l'a mise à l'aise comme d'habitude en faisant le clown.

Pour amuser les enfants, ce médecin a en effet coutume d'effectuer quelques pas de danse en chantonnant pour chercher les enfants dans la salle d'attente.

Cela fait éclater de rire les enfants. Connaissant la sensibilité de Laura, il s'est arrangé pour ne pas la faire trop attendre.

Sa maman tient la main de Laura et le docteur prépare discrètement la petite seringue tout en continuant à chantonner.

Il applique l'alcool pour désinfecter la peau et s'apprête à enfoncer l'aiguille lorsque Laura, devenue toute blême, vomit subitement tout son petit déjeuner.

Laura pleure à chaudes larmes et se blottit dans les bras de sa mère.

Le médecin, qui en a vu d'autres, la rassure, mais Laura hurle encore davantage et veut quitter le cabinet.

Le médecin lui propose donc de remettre ce vaccin à plus tard : « Il n'y a pas d'urgence, dit-il sur un ton rassurant, repassez la semaine prochaine, tôt le matin, avant le petit déjeuner ! »

L'incident est clos et les parents de Laura pensent bien faire en évitant d'en parler pendant toute la semaine.

Malheureusement, le matin du nouveau rendez-vous, c'est à nouveau le drame : impossible de faire se lever Laura, qui pleure, crie, se plaint de mal au ventre et refuse de quitter son lit.

L'intervention plus autoritaire de son père ne réussit qu'à amplifier la crise.

La promesse de l'achat du dernier CD de sa chanteuse préférée ne suffit pas non plus à la faire lever.

Les crises se répètent plusieurs fois sans solution.

Personne ne comprend la raison de cette peur maladive, d'autant plus que Laura est une bonne élève à l'école bien qu'un peu timide, comme le dit la maîtresse. Paradoxalement, elle n'a peur de rien et est plutôt effrontée et casse-cou : elle a passé le galop 3 au poney-club avec les félicitations de son entraîneur et a de très bonnes amies avec qui elle parle librement.

La peur de Laura est très fréquente et peut paraître très banale à traiter : « Il suffit de discuter avec elle pour lui faire exprimer ce qui l'inquiète et elle sera guérie », pourrait-on se dire.

Malheureusement, dans la pratique, ce n'est pas aussi simple et c'est la raison pour laquelle j'ai choisi cet exemple dont je décris plus loin la prise en charge (voir page 142).

Autres exemples

J'ai traité de nombreuses phobies du sang et des blessures chez des enfants de tous âges et en ai tiré les conclusions suivantes :

• Souvent les parents attendent trop longtemps pour consulter car ils espèrent toujours trouver la cause déclenchante de la phobie.

• Cette peur n'est pas très handicapante et on a tendance à la minimiser. Or elle peut se généraliser à d'autres situations plus indispensables à la santé de l'enfant : peur de se rendre chez un médecin, peur d'aller à l'hôpital, peur d'aller à l'infirmerie de l'école et dans tout autre endroit où il y a une infirmerie, etc.

Enfin, le plus important, comme je l'ai déjà souligné : supprimer la peur d'une phobie spécifique n'entraîne jamais l'apparition d'une autre phobie !

J'aborde maintenant les chapitres décrivant et traitant des peurs moins spécifiques et, par conséquent, s'installant de façon plus insidieuse. D'autant plus que les enfants, je le rappelle, vous cachent souvent leurs peurs, même s'ils ont entièrement confiance en vous.

La peur du regard et du jugement des autres

Il existe de nombreuses situations sociales où les enfants présentent une peur marquée et persistante entraînant la plupart du temps l'évitement de cette situation.

Citons quelques exemples extraits de l'échelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP) dont je vous parlerai plus précisément page 67 :

— « J'ai peur de parler devant la classe et d'être jugé comme anxieux, faible, stupide (avec la crainte d'avoir les mains et la voix qui tremblent) » ;
— « J'ai peur de ce que les autres enfants pensent de moi » ;
— « J'ai peur d'être ridicule. »

Si vous, adulte, reconnaissez généralement la nature de votre anxiété et le caractère excessif de votre peur dans certaines situations sociales, souvent votre enfant ne le reconnaît pas et cela entraîne parfois une diminution de ses performances scolaires, voire un refus scolaire, qui peut poser un problème de diagnostic. D'autant qu'une anxiété ou un évitement social transitoire sont particulièrement communs chez l'enfant en général.

Par exemple, votre garçon peut éviter de manger à la cantine dans un groupe de filles (timidité…) tout en ayant un comportement plus normal par ailleurs. Les signes doivent avoir persisté au moins quelques mois avant que le médecin puisse établir un diagnostic de phobie sociale, comme je vous l'ai déjà précisé. À la différence des adultes, cela peut s'accompagner de pleurs, d'accès de colère, de réaction de figement ou d'agrippement. Votre enfant peut également se réfugier dans un mutisme pathologique et peut ne plus vouloir quitter une personne familière. Si vous avez de très jeunes enfants, des mouvements de recul et le refus de participer à des jeux avec d'autres enfants sont des comportements fréquents. Dans ce cas, il faut observer les signes lorsque votre enfant est en relation avec d'autres enfants et non pas uniquement lorsqu'il se trouve avec des personnes familières.

Ce chapitre consacré à la peur du regard et du jugement des

autres sera traité en trois parties :

— le trac devant la classe,
— la timidité dans un groupe,
— la phobie sociale.

[image] Le trac de parler devant la classe

Ce trouble est extrêmement fréquent, comme vous vous en doutez, et nous l'avons tous certainement déjà éprouvé. Mais voici l'exemple de Théo, élève de quatrième particulièrement handicapé par ce trouble.

Théo est un bon élève apprécié de tous les professeurs, sauf en mathématiques, où il n'obtient que des notes catastrophiques bien qu'il passe énormément de temps à sa table de travail le soir à la maison pour étudier cette matière. Il y détient le record de la classe en mauvaises notes alors qu'il aime beaucoup cette discipline et qu'il souhaiterait plus tard devenir architecte comme son père qu'il admire beaucoup. Il est bien conscient de l'importance du calcul dans cette profession.

Il présente depuis quelques semaines des signes de dépression avec fatigue, troubles du sommeil et manque d'appétit.

Sans le dire franchement, sa maman ressent qu'il est très jaloux de sa sœur aînée, élève en troisième, qui travaille très peu à la maison et fait partie des meilleures élèves de sa classe et particulièrement en mathématiques.

Que faire pour l'aider ?

Les difficultés en mathématiques de Théo sont devenues une véritable affaire de famille et tout le monde veut l'aider : son père, sa mère et sa sœur.

Malheureusement, au bout d'un quart d'heure de travail, Théo se met à pâlir et même souvent à pleurer, incapable de se concentrer : sa pensée est ailleurs.

Ne pouvant répondre à sa demande, en accord avec son mari, la maman fait appel à un étudiant mais le comportement de leur fils reste identique : impossible de fixer son attention plus de quinze minutes.

L'inquiétude monte au fil des semaines car Théo est de moins en moins motivé, y compris dans les autres matières désormais. À la fin du trimestre, il reçoit un « avertissement » pour son travail.

Ce qui le démoralise complètement.

C'est dans ces conditions que je reçois la famille, adressée par leur médecin pour : « état dépressif réactionnel à des difficultés scolaires ». Les difficultés scolaires sont des motifs évidemment très fréquents de consultation et il est souvent difficile d'en trouver la vraie cause afin de proposer la thérapie la plus adaptée. C'est la raison pour laquelle j'invite systématiquement les enfants à répondre au questionnaire comportemental d'anxiété phobique dont je vous parlerai page 67 et que je les interroge longuement sur toutes les situations à l'école et sur le chemin de l'école pouvant évoquer chez eux une peur exagérée.

[image] La timidité dans un groupe

Jules, 12 ans, est un élève moyen à l'école. Comme le notent ses professeurs sur son cahier de correspondance : « Jules obtient des résultats moyens, mais pourrait mieux faire s'il participait plus en classe en prenant plus souvent la parole. »

Ses plus mauvaises notes sont en anglais car l'enseignante a eu l'idée stupide selon lui

de faire inscrire une croix sur un cahier tenu par le délégué de classe chaque fois qu'un élève prend la parole volontairement au cours de conversation.

Il se « planque » au dernier rang, baisse la tête et attend que l'heure de cours s'achève. Il est assis derrière Clémence, la plus jolie fille de la classe (selon lui !) dont il est secrètement amoureux.

Cette place l'arrange bien car elle n'arrête pas de prendre la parole : à la maison elle parle couramment l'anglais avec son père, parfaitement bilingue.

Malheureusement, malgré ses bonnes notes à l'écrit, Jules obtient une mauvaise moyenne par « manque de participation », comme d'habitude.

Un autre événement l'a particulièrement traumatisé !

Clémence, la « star » de la classe dont tous les garçons sont amoureux et les autres filles jalouses, l'a invité à son anniversaire.

Ce fut une catastrophe !

Jules s'est mis à bredouiller en offrant un bouquet de fleurs à la maman de Clémence, est resté muet en offrant son cadeau et a rougi lorsqu'elle l'a remercié en l'embrassant sur la joue.

Moqueries de tous les copains, bien entendu !

Le reste de la fête fut un calvaire, Jules est resté seul dans son coin près de la chaîne hi-fi, faisant semblant de s'intéresser aux CD plutôt qu'à ce qui se passait autour de lui.

Malgré les incitations de Clémence pour venir danser, il est resté isolé.

Par la suite, l'enseignante d'anglais convoque les parents pour tenter de comprendre cette attitude et vérifier s'il n'y a pas des problèmes familiaux.

En fait non : le climat est tout à fait propice à un bon épanouissement et ses parents sont chaleureux, sans problèmes de couple, sa sœur aînée l'aime beaucoup.

Mais plus on parle de lui, plus on l'incite à participer en classe et plus Jules se renferme sur lui-même.

La thérapie proposée à Jules lui a permis de vivre dorénavant sans cette timidité maladive (voir page 146).

[image] La phobie sociale

Non prise en charge par des stratégies thérapeutiques efficaces, la timidité excessive peut assez rapidement évoluer vers une anxiété sociale invalidante et malheureusement aboutir à une phobie sociale sévère.

Manon est une jeune adolescente de 14 ans qui a toujours été extrêmement timide.

Elle a une sœur jumelle.

Ses parents sont très fiers d'elle car elle a toujours été une brillante élève.

Par contre, ils s'inquiètent qu'elle n'ait aucune amie et qu'elle refuse souvent de sortir de sa chambre lorsqu'il y a des visites pour ses parents à la maison. Elle pleure parfois sans comprendre pourquoi, jusqu'à faire un malaise et à s'évanouir. Elle refuse également de se rendre aux réunions de famille.

Un jour, son père excédé l'emmène de force à une réunion familiale : elle n'a pas voulu sortir de la voiture !

Les relations sont de plus en plus tendues et Manon développe progressivement des signes de dépression :

— tristesse,

— mauvais sommeil,

— baisse du rendement scolaire,

— perte de l'appétit avec amaigrissement.

Au cours de gymnastique, un matin, elle perd connaissance : elle ne pèse plus que

quarante kilos.

Elle se cloître dans sa chambre et, sur les conseils du médecin de famille, ses parents décident de l'hospitaliser dans un service de médecine pour rechercher une éventuelle cause organique.

Après deux jours passés au service des urgences pour surveillance et bilan somatique complet, Manon est transférée en pédopsychiatrie car les médecins ne trouvent aucune cause organique.

C'est dans ces circonstances que je la rencontre et que je la suis, en étroite collaboration avec ses parents (voir page 148).

La peur de subir un malaise et de perdre le contrôle : attaque de panique, trouble panique et agoraphobie

Comme je vais vous l'expliquer, la peur de subir un malaise et de perdre le contrôle peut commencer chez l'enfant et l'adolescent par une attaque de panique, puis par un trouble panique lorsqu'il y a répétition de plusieurs crises identiques, et finalement aboutir à ce que les professionnels appellent l'agoraphobie : ce qui signifie textuellement la peur des grands espaces. D'où l'intérêt, en particulier chez l'enfant qui n'exprime pas clairement ses sensations ni ses sentiments, contrairement à l'adulte, d'agir vite avec des stratégies efficaces pour éviter cet engrenage.

Voici, pour illustrer cette escalade dans l'histoire de la peur, l'exemple de Lola.

Lola, petite fille de 10 ans, adore aller au cinéma avec son père le samedi après-midi : c'est sa récompense pour ses bonnes notes à l'école.

Elle a une préférence pour les films fantastiques qui font peur et elle est fière de taquiner son père qui parfois ferme les yeux pendant certaines séquences.

Comme beaucoup d'enfants de son âge, elle adore en effet faire peur et se faire peur et, comme elle le dit, Halloween est sa fête préférée !

Ce qui ne fait pas rire son père qui déteste les images de fantômes, de monstres, d'horribles bêtes et de dragons, et regrette les bons vieux films de cow-boys de son enfance où les bons sont beaux et les méchants sont laids.

D'ailleurs Lola n'a peur de rien en général et est plutôt hyperactive, revenant à la maison avec des bleus et des bobos sans se plaindre.

Malheureusement, et c'est le motif de la consultation, tout a basculé un samedi dans une salle de cinéma :

« Je ne comprends pas ce qui s'est passé, déclare le père, visiblement anxieux. Elle appréciait comme d'habitude le film et je n'ai rien noté de particulier, si ce n'est que nous n'étions pas dans la même rangée, mais elle pouvait me voir, et d'ailleurs ce n'était pas la première fois que nous étions séparés dans une salle de cinéma. »

Il continue, très culpabilisé : « J'aurais dû arriver plus tôt à la séance, on ne laisse pas un enfant de son âge seul dans une rangée et d'ailleurs je me suis déjà dit plusieurs fois que ces films fantastiques sont très mauvais pour les enfants. Je ne me rends pas compte que Lola est une petite fille très sensible. »

Les parents se taisent tous les deux et je remarque l'état d'abattement de Lola assise entre eux.

Je reprends la parole : « Monsieur, vous parlez d'une séance de cinéma en particulier… Pouvez-vous me dire ce qui s'est passé ?

— J'ai entendu des pleurs venant du siège de ma fille qui s'est brusquement levée, a dérangé toute la rangée de spectateurs et est partie par la sortie de secours où je l'ai trouvée

tremblotante, pâle et le cœur battant très fort.

« J'étais sur le point d'appeler le SAMU puis je me suis dit : pourquoi l'affoler encore plus alors qu'elle commence à se calmer ? Je l'ai conduite jusqu'à la voiture et elle s'est calmée en arrivant à la maison. »

Puis les parents m'expliquent que pour eux le vrai motif de la consultation n'est pas cette crise de panique dans la salle de cinéma avec son père, mais les conséquences dans les autres domaines de la vie de Lola.

Effectivement, elle ne pensait plus aux salles de cinéma qu'elle ne fréquente plus bien entendu, mais à la deuxième crise de panique survenue en compagnie de sa mère en faisant les courses dans une grande surface un samedi après-midi.

Elles attendaient toutes les deux, faisant la queue pour atteindre la caisse, lorsque Lola a été prise d'un malaise comme si « elle s'étouffait, allait tomber dans les pommes et mourir ».

Elles quittèrent immédiatement le lieu, abandonnant le Caddie sous le regard étonné des autres clients.

De retour à la maison Lola se calma, mais a gardé un souvenir horrible de ce lieu dans lequel elle ne veut plus retourner « pour le restant de ses jours ».

Les parents me citent encore d'autres exemples de lieux, pourtant non dangereux à leurs yeux, que Lola évite systématiquement : les ascenseurs et les transports en commun. Mais leur plus grande inquiétude concerne la dégradation du comportement de Lola à l'école où elle se réfugie chaque après-midi à l'infirmerie pour des maux de ventre. C'est d'ailleurs l'infirmière et le médecin scolaire, ne voyant rien d'organique dans ces troubles, qui ont conseillé aux parents de Lola de consulter.

Alors que faire face à ce trouble ? La prise en charge est décrite plus loin (voir page 150).

Les phobies scolaires

L'expression « phobie scolaire » prête à confusion et il faut distinguer en fait deux groupes différents d'enfants phobiques. D'une part, ceux qui souffrent de phobie scolaire par anxiété de séparation du milieu familial. Et d'autre part, ceux qui en souffrent par refus anxieux de l'école lié à une situation spécifique, soit dans l'école elle-même, soit sur le chemin.

La phobie scolaire par refus anxieux de l'école est la « vraie » phobie scolaire. La phobie scolaire par anxiété de séparation du milieu familial est la « pseudo »-phobie scolaire, car le déclenchement de la peur exagérée n'est pas lié à l'école ni à son chemin.

[image] La phobie scolaire par refus anxieux de l'école

Ses parents accompagnent Aymeric, élève de sixième, sur les conseils du médecin de famille et de la psychologue de l'école.

Aymeric refuse de partir le matin à l'école depuis trois semaines, malgré les efforts de ses parents pour dialoguer avec lui chaque soir et chaque matin.

Que ce soit la méthode « forte » du père ou la méthode « douce » de la maman, rien n'y fait.

La réaction d'Aymeric est toujours la même : crise de colère avec jets d'objets, cris, pleurs et parfois vomissements.

Ses parents finissent par céder et partent à leur travail très culpabilisés. Son père commence à perdre son sang-froid.

Lors de la dernière tentative, Aymeric s'est enfermé dans sa chambre, a bloqué la porte en déplaçant le bureau et a menacé ses parents de sauter par la fenêtre s'ils le forçaient à aller à l'école !

Ses parents m'expliquent qu'Aymeric, contrairement à sa sœur cadette Mathilde, n'a jamais vraiment aimé fréquenter l'école depuis le CP car il a du mal à se concentrer et a été souvent puni pour son comportement en classe : il est distrait, dissipe souvent l'attention de ses camarades et est toujours dans tous les « mauvais coups ».

Depuis le début de l'année scolaire, ses notes sont catastrophiques et Aymeric est menacé de redoublement.

Pourtant, ses parents insistent pour dire qu'Aymeric n'a jamais eu peur de quitter sa famille. Au contraire, il est toujours fourré chez ses copains du village, mais malheureusement cela se termine souvent mal, par des bagarres, et Aymeric revient à la maison avec des « bleus » partout. « Il va devenir délinquant, dit sa mère avec des larmes aux yeux, il me vole de l'argent dans mon sac à main : je l'ai surpris plusieurs fois ! »

Ils m'apprennent également que les professeurs le décrivent pourtant comme intelligent, mais que son comportement l'empêche d'utiliser adéquatement ses capacités et que les mauvaises notes s'accumulent.

Devant ce tableau inquiétant, je leur demande de retourner dans la salle d'attente et de remplir les questionnaires relatifs au trouble « hyperactivité avec déficit de l'attention » dont je soupçonne l'enfant de souffrir. Resté seul avec Aymeric, je lui demande de remplir l'échelle comportementale d'anxiété phobique (voir page 67). Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, faire remplir des questionnaires chez un enfant en début de consultation le met rapidement à l'aise, plutôt que de lui poser oralement une série de questions qui risquent de bloquer le dialogue.

C'est ce qui se passe avec Aymeric qui, à la lecture du questionnaire, me confie rapidement qu'il ne supporte plus que les autres élèves se moquent de lui pour ses mauvaises notes, les remarques des professeurs pour la mauvaise tenue de ses cahiers, qu'il a peur de manger à la cantine de l'école d'où il est souvent exclu et de jouer avec les camarades pendant la récréation car il se fait « racketter » par deux « grands » de quatrième. Il ajoute qu'il est exclu régulièrement des jeux de ballon en équipe parce qu'il est « trop personnel ». Les deux « grands » l'ont pris en grippe et il doit « payer » sa participation sous peine de coups ! Il n'ose pas en parler à ses parents car il risque de nouveau d'« être responsable de disputes entre eux ». « Je suis bête et nul, je rate tout ! ajoute-t-il, mes parents ne m'aiment pas et préfèrent ma sœur. »

En accord avec Aymeric, je les fais revenir et leur explique ce

qu'il vient de me dire. De leur côté, ils ont rempli les questionnaires qui confirment l'hyperactivité pathologique de leur fils.

Je vous décrirai la prise en charge proposée plus loin (voir page 151).

Voici maintenant un exemple de « pseudo »-phobie scolaire.

[image] La phobie scolaire par anxiété de séparation

De nombreux enfants (environ 40 % de la population générale) présentent une anxiété excessive concernant la séparation avec les personnes auxquelles ils sont attachés. Pour être jugé anormal, le trouble doit persister pendant au moins un mois et altérer le fonctionnement social et scolaire de l'enfant. Partir de la maison pour se rendre à l'école devient un véritable supplice.

Ces symptômes sont notés dans l'échelle comportementale d'anxiété phobique. Par exemple :

— « J'ai peur d'être quelque part sans mes parents » ;
— « J'ai peur d'aller dormir chez des amis » ;
— « J'ai peur de ce qui pourrait arriver à mes parents », etc.

D'autres signes peuvent être présents.

• Certains comportements sont spécifiques comme avoir du mal à aller se coucher, se rendre dans le lit des parents, d'un frère ou d'une sœur la nuit, peur de rester seul dans une pièce, se montrer « collant », abuser du téléphone en cas de séparation.

• Les conduites d'évitement sont constantes : éviter d'aller à l'école, en colonie de vacances, chez des amis pour dormir, faire les courses.

• Les pensées (cognitions) sont négatives : l'enfant est triste et malheureux dès qu'il n'est plus à la maison, il ne pense qu'à son retour, il a peur de tout ce qui pourrait arriver à ses parents (accidents, maladie…), il fait des cauchemars (incendie, catastrophe…), il voit des créatures effrayantes dans sa chambre.

• Des signes physiques sont toujours associés : plaintes somatiques avec douleurs abdominales, maux de tête, nausées, vomissements, et chez les enfants plus âgés palpitations, éblouissements, sensations d'évanouissement.

Le trouble peut avoir des hauts et des bas mais persister pendant de nombreuses années s'il n'est pas bien traité. Souvent, ces enfants sont issus d'un milieu où les liens familiaux sont très forts.

Jonathan, garçon de 12 ans. Ne peut plus aller à l'école depuis trois mois. Un jour, en s'approchant de l'enceinte de son école, il a subitement peur de s'évanouir en voyant des jeunes de l'école se battre violemment. Il pâlit, a des sueurs, se sent mal et a l'impression de s'évanouir. Il revient alors en courant à la maison et refuse de repartir.

Sa maman ne travaille pas et l'élève seule, et souffre elle-même de phobie sociale. Elle quitte très peu le domicile car elle craint en permanence d'être agressée dans la rue. Depuis

l'entrée de son fils en sixième, elle est particulièrement inquiète pour lui. Bien que son établissement scolaire soit à deux rues, elle demande à son fils de l'appeler dès qu'il atteint le seuil du collège. Il doit faire de même à chacune de ses activités (cours de tennis, cinéma avec les copains). Au contraire, le week-end, elle séjourne dans la maison de campagne de ses parents où elle est très à l'aise.

Un matin, elle le conduit aux urgences de l'hôpital pour une suspicion de méningite avec violents maux de tête, température et vomissements. Il se plaignait également d'avoir la nuque raide. L'interne de garde le fait hospitaliser sur-le-champ dans le service de pédiatrie où il subit une ponction lombaire. La maman paniquée reste dormir la nuit dans la chambre en attendant les résultats de l'examen. Ceux-ci sont heureusement négatifs.

L'interne de pédiatrie mis au courant de la situation scolaire de son fils me demande mon avis avant de le transférer en pédopsychiatrie pour mettre en place un programme de réintégration scolaire et l'aider à vaincre son angoisse de séparation ainsi que la phobie sociale de la mère.

La prise en charge de Jonathan est décrite plus loin (voir page 154).

Les peurs et phobies atypiques

Je vous ai parlé des peurs « normales » chez l'enfant, qui sont passagères, et ensuite des peurs exagérées avec évitements, appelées « phobies », mais il existe des phobies dites « atypiques » car elles ne sont que la partie extérieure de l'iceberg dont la partie immergée correspond à un véritable trouble psychiatrique qu'il faudra traiter différemment.

Il faut citer le trouble obsessionnel-compulsif qui peut commencer par une phobie de la saleté, la schizophrénie qui peut commencer par la dysmorphophobie (peur d'une anomalie anatomique) et l'anorexie mentale qui commence généralement par la phobie de grossir et de manger des aliments contenant du gras.

Au moindre doute, n'hésitez pas à demander l'avis de votre médecin de famille.

La dysmorphophobie et la schizophrénie

Le mot « dysmorphophobie » signifie la peur exagérée d'une anomalie anatomique. En termes plus simples, il s'agit de la peur exagérée de subir une transformation du corps et du visage avec un sentiment d'étrangeté.

Je prends l'exemple de David, adolescent de 14 ans, qui consulte avec ses parents sur les conseils du médecin de famille et de son professeur principal inquiet de son changement de comportement depuis la rentrée scolaire.

C'est un beau garçon très grand plutôt maigre au visage très pâle et au regard fixe et inexpressif. Il se tait et j'ai l'impression qu'il est « ailleurs » pendant que les parents m'expliquent leur inquiétude. Par moments, je remarque que son regard change de direction pour rechercher quelque chose dans la pièce comme s'il était à l'écoute. Il a

le crâne complètement rasé.

La mère prend la parole, très émue : « Mon mari et moi nous ne comprenons plus notre fils ! Il a tellement changé depuis quelque temps… » Ses yeux se mouillent et elle a du mal à poursuivre. Le père continue : « Effectivement, David a toujours été un élève brillant et un fils très sympathique dont nous n'avons jamais eu à nous plaindre, mais actuellement c'est insupportable. Il passe des heures dans la salle de bains face au miroir : il se trouve moche et est allé consulter un chirurgien esthétique pour lui demander de refaire son nez et recoller ses oreilles qu'il trouve trop décollées. C'est n'importe quoi ! Heureusement que ce médecin nous a contactés pour nous suggérer de faire un bilan psychologique. » Au cours de l'entretien, j'apprends qu'il n'a plus aucune organisation dans son travail et qu'il y a une chute du rendement scolaire.

Resté seul avec David, celui-ci ne me parle que par petites phrases et confirme qu'il aimerait changer de visage et même de tête. Il s'est lui-même rasé le crâne car « ses cheveux étaient devenus hideux et lui faisaient mal ».

Voici un exemple de dysmorphophobie qu'il ne faut pas prendre pour une phobie spécifique car il s'agit vraisemblablement d'une entrée insidieuse dans la maladie appelée « schizophrénie ».

C'est une maladie psychiatrique fréquente (1 % de la population entre 15 et 25 ans) qui peut souvent débuter par la peur exagérée d'une anomalie anatomique, en général au niveau du visage. Je vous en parle car il faut agir vite et traiter ce trouble par des médicaments spécifiques à organiser par une équipe pluridisciplinaire travaillant dans un centre médico-psychologique où le diagnostic sera confirmé par des tests psychologiques appelés tests « projectifs ».

Attention ! il ne faut pas confondre la dysmorphophobie schizophrénique avec le « mal-être » normal de l'adolescence, accentué par l'acné et la transformation du corps devenant adulte.

Dans ce cas, il s'agit d'un passage « normal » qui ne dure pas longtemps alors que, dans la dysmorphophobie schizophrénique, les signes de perturbation phobiques se généralisent à tous les domaines de la vie avec repli sur soi, isolement social, dépression et idées de suicide.

Ne pas hésiter à consulter, d'autant plus que les médicaments et la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire améliorent le patient en attendant de trouver la cause de cette maladie dont l'origine est inconnue à ce jour.

La phobie de la saleté et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

Si votre enfant souffre de phobie de la saleté, il faut vérifier s'il

ne s'agit pas d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC). La phobie de la saleté spécifique est limitée et bien circonscrite et n'engendre pas d'obsessions et de compulsions envahissant tout le champ de la personnalité, elle ne perturbe pas la vie sociale et scolaire de votre enfant. Il se contente simplement d'éviter les objets sales. Dans le cadre d'un TOC, le fait de toucher un objet sale déclenche une forte angoisse et devient également une obsession qui va augmenter fortement cette angoisse et nécessiter un comportement (une compulsion) pour la diminuer, ce qu'on appelle un rituel.

C'est un peu comme si votre enfant devenait superstitieux et devait effectuer certaines manies pour « conjurer » le sort. Par exemple, toucher un objet qui paraît « sale » aux yeux de votre enfant génère en lui l'idée qu'il pourrait être contaminé et risquerait de contaminer à son tour d'autres lieux et d'autres personnes.

Il est alors envahi par l'angoisse et, pour l'atténuer, doit se laver les mains. Malheureusement, cette diminution de l'angoisse n'est que passagère et, très rapidement, l'obsession d'être contaminé revient et il doit recommencer ce rituel de lavage des mains.

Ces rituels peuvent durer parfois plus de trois heures par jour et perturbent considérablement la vie sociale de votre enfant. Ce qui n'est pas le cas d'une phobie spécifique de la saleté. Il est important de reconnaître ce trouble. Votre enfant peut le cacher par honte. C'est parfois par la découverte d'une simple phobie de la saleté que vous pourrez éventuellement dépister un TOC. Ce dépistage est très important car il existe un traitement par médicament qui agit efficacement accompagné d'une thérapie comportementale et cognitive (TCC).

La peur de grossir et l'anorexie mentale

Il faut être attentif si votre enfant souffre d'une phobie de l'avalement de certains aliments et notamment le gras. Certaines jeunes filles préadolescentes et adolescentes peuvent présenter ces signes qui ne sont pas des phobies spécifiques mais une entrée insidieuse dans l'anorexie mentale.

Ces jeunes filles, pour des raisons esthétiques, ont peur de grossir, appliquent un régime alimentaire inadapté et trop intense, perdent trop vite du poids, la sensation de faim et de satiété, et n'ont plus conscience de leur maigreur.

Elles ne vous communiquent donc pas leurs sentiments à ce sujet et c'est au cours des repas que vous pouvez remarquer la phobie de certains aliments, et en particulier des aliments pouvant avoir un aspect « gras ».

Il ne faut pas passer à côté de ce diagnostic qui demande une prise en charge au sein de milieux spécialisés.

Chapitre 2
Comprenez mieux ce qui lui arrive

Maintenant vous vous demandez certainement pourquoi tous les enfants ont les mêmes peurs passagères et pourquoi certains deviennent phobiques ?

Cette question a soulevé, depuis les cinquante dernières années, de nombreux débats contradictoires entre les professionnels. Encore actuellement de vives polémiques existent entre eux. Des centaines de livres et d'articles sont publiés sur le sujet car la liste des hypothèses et des modèles explicatifs n'est pas close.

Mis à part le modèle psychanalytique dont je vous parlerai plus loin, la plupart des autres modèles explicatifs ont une hypothèse commune :

— L'apprentissage et l'acquisition des comportements inadaptés de l'enfant se fait de la même manière que l'apprentissage et l'acquisition de ses comportements adaptés.

Chaque enfant recourt à des procédés identiques pour apprendre, maintenir et changer ses comportements, même s'il faut tenir compte de certains facteurs génétiques et remonter à la vie des familles de la préhistoire.

C'est ce que décrit fort bien Christophe André dans son livre *Psychologie de la peur, craintes, angoisses et phobies* (Odile Jacob, 2004).

En effet on peut imaginer que, dans les tribus préhistoriques, la peur des phénomènes naturels comme notamment l'orage, le tonnerre, la foudre, les animaux, l'eau, les torrents et le vide a permis aux enfants phobiques de les éviter et probablement de survivre.

Les autres enfants plus téméraires et plus « inconscients » du danger ont été éliminés par la nature.

Je reviendrai sur cet aspect, mais, d'emblée, on peut donner comme explication que tous les enfants ont appris les mêmes peurs passagères et que certains ont appris à devenir phobiques au cours des étapes suivantes :

• Étape 1. De la préhistoire à l'histoire, seuls les enfants phobiques ont survécu à la sélection naturelle (Darwin) : les peurs

sont mémorisées dans les gènes.

• Étape 2. De la naissance de l'enfant à la petite enfance, la phobie permet d'éviter la peur de la castration (Freud) : les peurs sont refoulées et mémorisées dans l'inconscient.

• Étape 3. De la petite enfance à l'enfance et à l'adolescence, l'enfant apprend la peur par :

— surprise,
— évitement,
— généralisation,
— imitation.

Les peurs sont enregistrées dans la mémoire immédiate.

Cela est important à comprendre car vous verrez dans le chapitre suivant (« Aidez votre enfant à vaincre ses peurs ») qu'il suffit de tenir compte uniquement de la troisième étape de l'apprentissage des phobies et qu'il n'est pas nécessaire d'approfondir les deux premières pour obtenir leur disparition définitive et permettre aux enfants de retrouver leur liberté. On comprend mieux pourquoi tous les enfants ont des peurs invariantes dont le thème commun est la peur du danger physique et de la mort.

Quand votre enfant apprend la peur par surprise

De nombreuses études scientifiques confirment cette hypothèse qu'ils appellent apprentissage par « conditionnement ».

Voici l'exemple de Matthieu, adolescent d'une douzaine d'années, qui apprend la plongée sous-marine avec son père moniteur confirmé.

Distrait par la beauté du spectacle, Matthieu s'écarte de son père et se trouve subitement face à un requin, apparemment inoffensif mais très impressionnant.

Pris de panique, au lieu de ne pas trop s'agiter et de s'écarter calmement comme son père le lui a enseigné lors de ses cours à l'école de plongée, il s'enfuit rapidement et présente des signes de détresse pendant plusieurs minutes avec une respiration trop rapide et des gestes d'agitation des bras et des mains.

Fort heureusement, il rejoint son père qui le prend par la main, le fait remonter calmement en tenant compte des paliers afin de lui éviter un accident de plongée. Cela ne va pas sans mal et son père doit le tenir fermement en posant une main sur sa poitrine afin de l'obliger à respirer calmement pour ne pas vider trop rapidement ses bouteilles. Matthieu parvient à se calmer, suit les consignes de son père et se retrouve sur la plage sain et sauf.

À la suite de cet incident, il décide d'arrêter momentanément la plongée. A priori *tout rentre dans l'ordre.*

C'est environ trois mois après cet incident que son père décide d'emmener Matthieu à la piscine pour reprendre l'entraînement. À peine est-il entré dans l'eau que l'adolescent est subitement pris de blocage respiratoire et d'oppression. Il est pris de panique, ressent des sensations bizarres dans les mains et les bras. Il sort de la piscine et rejoint les vestiaires. Son père ne parvient à le calmer qu'au bout de vingt minutes avec beaucoup d'efforts. Il lui recommande de respirer plus calmement en posant une main sur la poitrine, d'inspirer l'air par le nez et non par la bouche.

Petit à petit, Matthieu parvient à se calmer et à diminuer sa crainte et son angoisse, mais, depuis cet incident, il ne veut plus jamais retourner à la piscine ni pour s'entraîner ni

pour nager pour son plaisir.

Que s'est-il donc passé ? Il y a eu confrontation entre deux situations lors de cette séance de plongée sous-marine.

Une première situation agréable sans surprise : nager sous l'eau « comme un poisson » et admirer le paysage (ce que les scientifiques appellent le « stimulus conditionnel »). Puis le hasard fait qu'une autre situation, très anxiogène cette fois, est associée à cette situation agréable. Les scientifiques appellent cette fois cette situation nouvelle désagréable et qui fait peur un « stimulus inconditionnel ». Ce stimulus est appelé « inconditionnel » parce qu'il ne dépend d'aucune condition pour faire naître une angoisse.

En effet, la présence d'un requin génère bien entendu chez n'importe qui une angoisse, depuis l'enfant préhistorique jusqu'à nous. Ce qui est différent de la première situation agréable qui génère, elle, uniquement du plaisir. L'association d'une situation « neutre » et agréable et d'une situation désagréable qui fait peur provoque de l'angoisse et est « enregistrée » dans la mémoire de Matthieu.

On pourrait penser qu'après trois mois l'adolescent aurait dû oublier cette association de situations appelées « stimuli ». En réalité, il n'en est rien et c'est là tout le problème psychologique du développement des phobies. Matthieu n'oublie pas aussi vite qu'il le veut ce mécanisme psychologique. Lors de l'entrée de Matthieu dans la piscine, sa mémoire lui a joué un très mauvais tour et la situation « neutre » et agréable – « aller dans la piscine » – s'est muée en situation désagréable, source d'une angoisse extrême. La plongée en tant que situation « neutre » et agréable a été revécue en quelque sorte par Matthieu et associée au stimulus « apparition d'un requin ». Autrement dit la situation « plongée en eau calme » provoque une bouffée d'angoisse, même en l'absence de requins.

S'ajoute à cela ce que les spécialistes appellent la « généralisation du stimulus conditionnel ». De quoi s'agit-il ? Cela signifie que la réponse anxieuse générée par la plongée peut être déclenchée par d'autres situations présentant des caractères de similarité avec la situation d'origine. La peur exagérée de Matthieu, trois mois après l'accident initial, s'est « généralisée » à des situations quelque peu semblables comme la vue de la piscine ou la vue de bouteilles de plongée. Il y a plus grave, car le comportement phobique peut s'apprendre non par association d'une situation neutre avec une situation déplaisante, comme dans le cas précédent, mais simplement par la conséquence qu'il a sur l'environnement.

Car il est évident que tout comportement, quel qu'il soit, change l'environnement et entraîne des conséquences, dont certaines d'entre elles peuvent augmenter la probabilité d'apparition de comportements phobiques, d'autres au contraire peuvent en diminuer leur apparition.

Dans mon exemple, je peux émettre l'hypothèse que l'évitement de la situation peut être encouragé par l'attitude de l'entourage. La maman de Matthieu qui, apprenant l'incident, lui conseille fortement de ne pas continuer la plongée car elle est très anxieuse, ce peut être une attitude négative. Ce modèle est appelé « conditionnement opérant ». L'évitement de la situation par crainte de revivre la même crise de panique est malheureusement un puissant mécanisme psychologique de maintien et souvent d'aggravation de la phobie. C'est ce que dit l'adage populaire bien connu des directeurs de club de poneys : lorsqu'un enfant fait une chute en dirigeant un poney, il faut l'inciter à le remonter rapidement sans quoi l'enfant risque de ne plus pouvoir continuer normalement ses cours !

C'est ce qui arrive fréquemment en cas de « surprotection » de l'enfant par ses parents. Un enfant qui a peur du noir la nuit en se réveillant à la suite d'un cauchemar aggrave sa peur excessive s'il est systématiquement accepté dans le lit des parents, obtenant facilement des avantages (bénéfices secondaires). Reportez-vous à l'exemple de Sophie qui souffre de peur de l'endormissement. En évitant de reprendre les cours de plongée, Matthieu augmente l'angoisse restée quelque part dans sa mémoire. L'adolescent, parce qu'il a peur, évite la pratique de la plongée. Et cette angoisse s'accroît d'autant plus qu'elle a acquis valeur de motivation, Matthieu n'étant plus soumis à la situation « se trouver dans l'eau ». Le rôle « négatif » de l'évitement, comme je viens de vous le dire, est très important pour expliquer le maintien de certaines phobies.

Quand votre enfant apprend la peur par l'exemple

L'enfant apprend parfois à devenir phobique par imitation de comportement inadapté chez d'autres enfants ou chez des adultes.

Je développe ce chapitre car il est très important non seulement pour l'explication des peurs chez l'enfant, mais également très utile pour vous aider à soigner vos enfants de leurs peurs, comme je l'expliquerai dans le chapitre consacré aux traitements.

Reprenons le cas de notre jeune plongeur Matthieu.

Imaginez que, par hasard, notre adolescent assiste avec manifestation de peur à l'accident de plongée d'un de ses camarades, ou que des amis lui fassent le récit de différents accidents auxquels ils ont assisté.

Une répétition de ce type de confrontation ou d'évocation peut favoriser de façon indirecte l'apparition de certains comportements phobiques.

Le psychologue Bandura, grand spécialiste de cette question, pose le problème de façon simple : en dehors des règles élémentaires comme, par exemple, celle consistant à retirer sa main instantanément

lorsqu'il touche un objet brûlant, l'enfant ne dispose pas de répertoire inné de comportements. Il doit apprendre, soit par expérience directe, soit par observation. L'exemple le plus frappant est celui du développement du langage de l'enfant. Celui-ci naît avec la capacité d'émettre une série de sons rudimentaires qu'il apprend finalement à combiner en une grande variété de mots et de phrases. Lorsqu'un enfant émet certains sons, cela engendre certaines conséquences sur l'environnement.

Les conséquences ont plusieurs fonctions.

• Une fonction d'information

Votre enfant va être informé de l'effet qu'il produit.

Si, par hasard, il associe pa et pa et dit « papa » et que, lors d'une réunion de famille, cette association provoque une grande joie parmi vous et en particulier chez son père, il aura tendance à garder cette information pour recommencer.

Par contre, toutes les associations ne provoquant aucun intérêt sont abandonnées.

C'est en partie la raison pour laquelle les petits enfants anglais ont appris à dire « daddy » et les petits enfants français à dire « papa ».

Autrement dit, la pensée de l'enfant par l'intermédiaire de l'information a joué un rôle déterminant.

• Une fonction d'anticipation

Votre enfant, par ses expériences passées, peut, petit à petit, anticiper que prononcer le mot « papa » lors d'une réunion de famille aura un effet sur l'entourage familial.

• Une fonction d'évitement des épreuves inutiles

Votre enfant apprend à développer de nouveaux comportements par l'observation des autres enfants ou des adultes car cela lui permet d'éviter beaucoup d'épreuves inutiles.

Votre enfant est sous l'influence permanente de son milieu de vie et il paraît évident de dire que, s'il vit entouré de jeunes adultes souffrant d'une phobie sociale, il a plus l'occasion d'apprendre par observation ces comportements pathologiques que s'il est entouré de gens sécurisés et détendus.

Je vous rappelle l'exemple de Jonathan et de sa maman, phobiques sociaux.

• Une fonction d'attraction

C'est le modèle « télévision » qui fournit le meilleur exemple. Je vous rappelle l'exemple de Sophie qui a vu à la télévision

l'« incendie » d'une maison et a développé quelque temps après une peur de l'endormissement. À notre époque, le développement de la télévision a grandement étendu la marge des modèles disponibles pour vos enfants comme pour vous, adultes. En bien ou en mal malheureusement, comme on le voit parfois dans les faits divers. Avant, les enfants ne subissaient que l'influence familiale et culturelle, aujourd'hui, ils peuvent observer et apprendre différentes conduites par le biais des médias.

Quand l'enfant apprend à oublier la peur au plus profond de lui-même

Pour Freud, créateur de la psychanalyse, fondée sur l'interprétation des dessins spontanés, des rêves, des associations libres des paroles des enfants, la phobie est liée à la peur de la castration. En 1850 il cite l'exemple du petit Hans qui souffrait de la phobie des chevaux.

Pour Freud, le symptôme est le retour d'une peur refoulée dans l'inconscient par la peur de la castration par son père. Le travail psychanalytique consiste à faire prendre conscience de ce fait et, selon cette théorie, alors le symptôme disparaîtra. Cette théorie a connu énormément de succès, mais les résultats thérapeutiques ont été mitigés. Il faut cependant le reconnaître, elle a été la première à donner une explication à l'origine des phobies. Freud craignait que la suppression directe d'un symptôme ne le fasse revenir sous une autre forme : cela ne se vérifie pas en pratique.

Les dangers et les complications

Les peurs « normales » de l'enfant disparaissent en général spontanément au bout de quelques mois. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas en parler, bien au contraire, pour rassurer votre enfant. Néanmoins il faut se méfier, dans certains cas, de l'« utilisation » de l'enfant d'une peur banale pour obtenir des « bénéfices secondaires ». L'exemple typique est l'utilisation de la peur du noir de l'enfant pour aller systématiquement dormir dans la chambre de ses parents. Tous les parents ont été confrontés à ce genre d'expérience.

Les phobies par contre doivent être traitées rapidement et efficacement. Non traitées elles peuvent engendrer des comportements qui risquent de devenir handicapants pour l'enfant. L'exemple le plus frappant est la phobie scolaire. Traitée rapidement elle ne laisse aucune séquelle, mais traitée tardivement, non seulement elle peut laisser des traces dans la personnalité de l'enfant, mais le traitement en sera d'autant plus difficile.

COMPLICATIONS DES PHOBIES

Refus de grandir, sans cause organique.
Comportements immatures.

Douleurs chroniques, sans cause organique :
— Maux de tête (« migraines ») ;
— Multiplication des examens médicaux et des consultations.
Sur l'estime de soi :
— Manque d'estime de soi.
— Manque de confiance en soi.
— Signe de dépression.
— Manque d'élan vital.
— Idées noires.
Sur le comportement social :
— Isolement social.
— Troubles du comportement alimentaire (anorexie/boulimie).
— Crise de colère.
Sur le sommeil :
— Insomnie.
— Hypersomnie.
— Réveil nocturne.
— Cauchemars.
Sur le rendement :
— Chute du rendement.
— Absentéisme.

Sur les parents :	Discordance éducative.
Sur la fratrie :	Jalousie pathologique.

Chapitre 3
Aidez votre enfant à vaincre ses peurs

Face à ces troubles vous vous demandez peut-être : est-ce ma faute ? Lui ai-je donné une mauvaise éducation ?

Non ! Pas du tout. L'éducation au sens large n'a rien à voir avec ces peurs excessives. Sauf cas exceptionnel où l'enfant aurait été maltraité et gravement carencé sur le plan éducatif.

En revanche, et vous l'avez constaté dans certains exemples, si vous-même ou votre conjoint souffrez de certaines phobies, votre enfant pourrait apprendre certains de vos comportements inadaptés par imitation. C'est notamment le cas de la phobie sociale. Par exemple, si vous évitez des endroits d'où on ne peut pas sortir rapidement comme les grandes surfaces (hypermarchés) ou des lieux fermés (métro, bus, train, voiture, avion), votre enfant pourrait apprendre à les éviter en vous imitant.

Évaluer la peur de votre enfant

Quelles situations redoute votre enfant ?

Comme je vous l'ai montré dans les exemples précédents, les vraies phobies, celles qui persistent pendant une longue période, sont malheureusement fréquentes, et non traitées elles peuvent entraîner un handicap important.

Heureusement, vous allez constater que les prises en charge thérapeutiques actuelles des phobies de l'enfant donnent d'excellents résultats, encore faut-il les reconnaître car, je le répète, vos enfants ne les expriment pas toujours, même s'ils ont entièrement confiance en vous.

Alors que les professionnels de la santé s'intéressent aux problèmes des peurs et phobies chez l'enfant depuis fort longtemps, ce n'est que depuis peu qu'il existe en langue française une échelle d'évaluation précise et validée. Il s'agit de l'ECAP (échelle comportementale d'anxiété phobique) mise au point par Luis Vera.

Cette échelle est un questionnaire d'autopassation destinée à

préciser les peurs exprimées chez l'enfant de 8 à 17 ans dans les domaines d'activités quotidiennes, sociales, scolaires, familiales et d'image de soi.

[image]

[image]

[image]

[image]

[image]

[image]

[image]

[image]

Non seulement ce questionnaire vous permet de repérer les différentes peurs de votre enfant, mais également d'apprécier leur impact sur ses comportements en mesurant le « degré d'évitement » de certaines situations.

Cette échelle est aussi un bon « thermomètre » de votre action thérapeutique. Si votre enfant présente au fur et à mesure de la prise en charge moins de comportements d'évitement (score plus faible au questionnaire), cela signifie que ses peurs diminuent.

Je vous conseille d'utiliser deux crayons de couleurs différentes sur le même questionnaire. Par exemple, l'enfant colorie les cases en rouge lors du premier entretien et en bleu au cours de la mise en place du programme de changement.

Son temps de passation est court (environ quinze minutes). Si votre enfant n'a pas bien compris la formulation, il peut vous poser des questions.

Faites préciser à l'enfant la fréquence de l'apparition du comportement-problème :

— presque jamais (1 point),
— quelquefois (2 points),
— souvent (3 points).

Dans la composition de l'ECAP, il y a, d'une part, l'échelle des peurs, on obtient ainsi une note totale d'intensité phobique. Cette note totale des peurs, si elle dépasse 124 points, nécessite un traitement approprié.

D'autre part, il y a l'échelle d'évitement, à 21 questions, signalée par un astérisque (*). Ces phrases concernent l'évitement phobique. Si cette note est supérieure ou égale à 32 points, elle est significative d'une phobie.

Si les deux notes sont élevées, il y a un probable trouble

phobique.

Ayez conscience cependant des limites de cette évaluation :

— l'enfant doit pouvoir coopérer,

— il ne peut donc être âgé de moins de 8 ans. Si c'est le cas, il faut lui expliquer les termes utilisés.

[image] La peur de ne pas réussir

Une partie des questions (n^{os} 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 14, 15, 19, 22, 23, 26, 32, 33, 34, 36, 39, 54, 56, 57, 59, 63, 64, 65, 67 et 68) se rapporte à la peur de ne pas réussir (socialement, scolairement) et à la crainte que l'image sociale de l'enfant soit l'objet de critiques.

Il s'agit de la phobie sociale.

L'enfant s'imagine incapable de faire face à certaines situations sociales notamment lorsqu'il est observé par autrui. Il va développer une importante anxiété d'anticipation par crainte de se sentir humilié ou embarrassé. Il ne s'agit pas d'une simple timidité, mais d'une détresse intense et envahissante empêchant l'enfant de choisir ce qu'il veut réellement. Il peut refuser de parler à un camarade par crainte d'être regardé ou de s'asseoir en face d'autres passagers dans les transports en commun. L'enfant a peur de ne pouvoir faire face aux demandes sociales et affectives de son environnement : il a peur de décevoir.

[image] La peur dans un groupe

D'autres questions (n^{os} 2, 5, 9, 18, 20, 31, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47 et 52) indiquent une peur des rapports avec un groupe de pairs dans un contexte précis (école, club de sport, etc.).

[image] L'angoisse de séparation

Enfin, un troisième groupe de questions (n^{os} 17, 27, 28, 29, 43, 48, 49, 50, 55, 58, 61, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75 et 76) indique la présence d'une angoisse de séparation.

L'enfant craint de façon exagérée qu'il n'arrive des accidents ou des maladies à ses parents ou à lui-même.

Deux cas se présentent chez l'enfant jeune :

— pas de situation de danger potentiel précis ;

— l'anxiété d'anticipation arrive au moment précis de la séparation.

Chez l'enfant plus âgé :

— les situations de dangers potentiels se précisent ;

— l'anxiété d'anticipation arrive lorsque la situation est proposée (inscription à une colonie de vacances, etc.).

Je vous invite à faire passer cette échelle à votre enfant.

Échelle des peurs de Wolpe et Lang

Pour les adolescents à partir de 16 ans, la plus pertinente est l'échelle des peurs de Wolpe et Lang.

Cette échelle identifie chez les adolescents :

• Des peurs irrationnelles d'objets non humains (araignées, insectes rampants, éclairs, insectes volants, chauves-souris, serpents inoffensifs, feux, vers, tonnerre, cimetières).

• Les peurs de situations sociales ou interpersonnelles (être critiqué, avoir l'air ridicule, se sentir désapprouvé, un silence dans une conversation, parler en public, l'échec, entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises, personne exerçant une autorité, perdre le contrôle, être taquiné, faire des erreurs, être observé pendant son travail, se sentir rejeté par les autres, être chargé ou responsable de décisions, être ignoré).

• Les manifestations d'agora-claustrophobie (voyages en autobus, en train, en voiture, prendre l'ascenseur, être dans un endroit inconnu, la foule, traverser la rue, vastes espaces découverts, endroits élevés sur la terre ferme).

• Les peurs des atteintes corporelles (assister à des interventions chirurgicales, sang humain, malades, les morts, sang animal, blessures ouvertes, voir d'autres personnes se faire piquer, perspective d'une opération chirurgicale).

Ces échelles sont des moyens supplémentaires à votre observation personnelle qui reste essentielle bien entendu.

ÉCHELLE DES PEURS DE WOLPE ET LANG

Nom : …… Âge :…… Sexe : …….. Date : ……

Les éléments de ce questionnaire se rapportent à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables. Mettez une croix en face de chaque question dans la colonne qui décrit le mieux le degré d'inquiétude qu'elle éveille chez vous en ce moment.

[image]

[image]

[image]

[image]

[image]

[image]

Échelle des peurs pour enfants (EPE)

Cette échelle peut être proposée à des enfants scolarisés du CP à la troisième. Elle permet de repérer la peur de l'échec et de la critique, la peur de l'inconnu, la peur des préjudices et des petits animaux, la peur du danger et de la mort, et les peurs médicales. L'EPE compte 80 questions et donne un niveau global des peurs sur une étendue de 0 à 160. À chacune des situations, les enfants sont amenés à répondre à « Est-ce que tu as peur de… », sur une échelle en 3 points :

— pas du tout (0) ;
— un peu (1) ;
— beaucoup (2).

ÉCHELLE DES PEURS

	Est-ce que tu as peur de…	**Pas du tout**	**Un peu**	**beaucoup**
1.	Faire un exposé : expliquer quelque chose devant les autres			
2.	Voyager en voiture ou en bus			
3.	Être puni par ta mère			
4.	Les lézards et les crapauds			
5.	Avoir l'air bête			
6.	Les fantômes			
7.	Les objets pointus			
8.	Être obligé d'aller à l'hôpital			
9.	La mort ou les morts			
10.	Te perdre dans des endroits inconnus			
11.	Les serpents pas dangereux			
12.	Parler au téléphone			
13.	Aller dans les grands manèges : grand huit, grande roue			
14.	Être malade à l'école			
15.	Être appelé chez le directeur d'école			
16.	Voyager en train			
17.	Être obligé de rester chez toi avec un inconnu, ou être gardé par quelqu'un d'inconnu dans la maison			
18.	Les loups			

19. Rencontrer quelqu'un pour la première fois
20. Les bombardements, être envahi, être attaqué
21. Recevoir une piqûre par un médecin ou une infirmière
22. Aller chez le dentiste
23. Les endroits élevés, les endroits très hauts
24. Te faire taquiner : qu'on se moque de toi
25. Les araignées
26. Un voleur dans la maison
27. Voyager en avion
28. Te faire interroger par le maître ou le professeur
29. Avoir de mauvaises notes
30. Les chauves-souris ou les oiseaux
31. Être critiqué par tes parents
32. Les armes à feu : fusil, pistolet, revolver
33. Les gens qui ont l'air bizarre
34. Voir du sang
35. Aller chez le médecin
36. Les chiens qui ont un regard bizarre
37. Les cimetières
38. Recevoir ton bulletin ou ton carnet de notes
39. Te faire couper les cheveux
40. L'eau profonde ou la mer
41. Les cauchemars
42. Tomber d'un endroit très haut
43. Recevoir une décharge électrique (recevoir du courant)
44. Aller dormir dans

le noir
45. Être malade en voiture
46. Rester seul
47. Être obligé de porter des vêtements différents de ceux de tes copains
48. Être puni par ton père
49. Être collé, être en retenue après l'école
50. Te tromper
51. Les films d'horreur
52. Les sirènes d'alarme (de pompiers, de police)
53. Faire quelque chose de nouveau
54. Les microbes ou tomber malade
55. Les endroits où on est enfermé
56. Les tremblements de terre
57. Être attaqué par un pays ennemi : la guerre
58. Les ascenseurs
59. Les endroits où il fait noir
60. Ne pas pouvoir respirer
61. Être piqué par une abeille
62. Les vers ou les escargots
63. Les rats ou les souris
64. Passer un contrôle, faire une interrogation

Échelle des peurs d'Ollendick, traduction de S. Rusinek, D. Hautekèete-Sence et M. Hautekèete, *in Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 1998, 8, 1, 17-25.

Décrire le comportement phobique avec précision

Je reprends l'exemple de Sophie qui a peur du noir alors qu'elle a 10 ans. Quand vous parlez du trouble de votre enfant, efforcez-vous de décrire ce comportement « peur du noir » (phobie du noir) de façon précise en utilisant de préférence des verbes d'action simples :

Sophie est dans son lit, je lui raconte une histoire, je l'embrasse et je la quitte. Quelques minutes après, elle crie, elle m'appelle, elle quitte sa chambre et se retrouve dans notre chambre.

Vous avez bien compris car vous utilisez effectivement des verbes d'action et vous avez évité l'utilisation d'adjectifs qualificatifs comme par exemple : *Sophie est peureuse* !

Au contraire, vous avez décrit le comportement avec précision, permettant son évaluation objective.

Reconnaître ce qui se passe avant, pendant et après le trouble (les quatre étapes de l'analyse fonctionnelle)

Après avoir rempli les questionnaires et décrit le comportement de votre enfant avec précision, au besoin avec l'aide d'un professionnel, vous avez certainement déjà une idée du problème de votre enfant.

Ne vous lancez cependant pas immédiatement dans l'application d'une technique précise.

L'intérêt du dépouillement de ces questionnaires réside dans la récolte de données pour établir ce que les professionnels appellent dans leur jargon une « analyse fonctionnelle » du comportement-problème de l'enfant permettant de comprendre comment le trouble est apparu.

C'est seulement à partir de cette analyse que des stratégies thérapeutiques pour soigner votre enfant pourront être déterminées.

De quoi s'agit-il exactement ?

Vous allez apprendre à reconstituer les quatre étapes de l'installation de la phobie de votre enfant.

Reportez-vous au tableau ci-dessous où figurent les quatre niveaux représentant les quatre étapes importantes de l'histoire de la phobie, et utilisez la colonne vide pour votre enfant.

	COMMENT LE TROUBLE EST APPARU ? **Les quatre étapes de l'analyse fonctionnelle**	
Étape 1	Avant l'apparition du trouble	Les événements traumatisants qui ont déclenché la peur
Étape 2	Pendant l'apparition du trouble	Les pensées irrationnelles qui augmentent la peur
Étape 3	Pendant le déroulement du trouble	Les réactions du corps qui augmentent la peur
Étape 4	Après l'installation du trouble	Les conduites d'évitement des situations qui entretiennent la peur

Les événements traumatisants qui ont déclenché la peur

Dans l'exemple de Sophie, il est facile d'émettre l'hypothèse que le facteur déclenchant principal est la cassette vidéo d'un dessin animé regardé seule dans sa chambre et montrant l'incendie d'une maison où

une fillette est endormie dans sa chambre et ne s'en aperçoit pas.

C'est du moins une hypothèse à retenir. Je n'affirme pas qu'il n'y a pas d'autre facteur, et, dans un premier temps, je retiens celui-ci. C'est l'étape 1 de l'histoire de la genèse de la phobie de Sophie. Pour l'aider à guérir, je vous parlerai plus loin de la thérapie par exposition progressive en imagination dans les situations de peur.

Les pensées irrationnelles qui augmentent la peur

Vous passez maintenant à l'étape suivante et vous recherchez ce que votre enfant ressent au plus profond de lui-même (sentiments, pensées) lorsqu'il évoque l'idée de rester seul dans sa chambre.

> *« Je ne vais pas me réveiller à temps, mes parents vont mourir dans l'incendie et moi également, comme la petite fille du film car personne n'a pu la sauver ! »*

Ces pensées, c'est-à-dire les « cognitions », seront bien entendu à prendre en compte dans le processus de guérison, car il faut non seulement éliminer ou changer les comportements inadaptés de votre enfant, mais également lui donner les moyens cognitifs « pour faire face » à ces situations difficiles à vivre.

> *Par exemple, de nombreux enfants phobiques du noir pensent que le faisceau de lumière qui passe dans l'embrasure de la porte de leur chambre et qui dessine sur le mur des ombres sont de vrais personnages méchants et féroces réellement présents.*

C'est l'étape 2 dans l'histoire de la genèse de la phobie.

Pour aider votre enfant à surmonter ces peurs excessives, vous appliquerez les principes des thérapies cognitives dont je vous parlerai plus loin.

Les réactions du corps qui augmentent sa peur

C'est l'étape 3 dans l'installation de la phobie de Sophie.

Vous interrogerez votre enfant sur les manifestations exprimées par son corps (le cœur qui bat trop vite, la respiration qui se bloque, les mains moites) :

> *« Mon cœur va s'arrêter, j'étouffe, je vais mourir ! »*

Pour lui apprendre à vaincre ces manifestations physiques, vous lui apprendrez la technique de la relaxation musculaire (voir page 100).

Les conduites d'évitement qui entretiennent la peur

Recherchez après chaque comportement inadapté les avantages que votre enfant peut tirer de ses évitements (bénéfices secondaires).

Même si ce n'est pas conscient !

Chaque soir Sophie se met à pleurer puis crie dans son lit en vous appelant. Sa peur du noir a comme avantage pour elle de vous faire vous déplacer, vous restez avec elle, lui lisez une histoire, lui donnez des câlins et, éventuellement, acceptez même de la garder dans votre chambre pour qu'elle s'endorme sans avoir peur.

Il arrive parfois que, prise de panique en pleine nuit, sans vous réveiller, elle s'introduise discrètement dans votre lit pour diminuer sa peur. On peut comprendre qu'il y a là inconsciemment un bénéfice secondaire à avoir peur du noir !

Or dans l'étape 4 de l'analyse fonctionnelle – ce qui se passe après l'installation du trouble –, certains comportements des parents peuvent favoriser le maintien de la peur exagérée de l'enfant.

Accepter l'enfant dans le lit si cela se répète et devient une habitude peut à la longue augmenter la peur excessive du noir chez l'enfant.

Cette constatation, aussi évidente soit-elle, nécessite souvent de l'expliquer devant toute la famille pour ne pas créer de conflits intrafamiliaux.

Dans certains cas, il ne faut pas hésiter à avoir recours à une thérapie familiale.

[image] La mésentente des parents

Prenons l'exemple d'un enfant qui a entendu parler ses parents de séparation au cours de disputes. Il peut, inconsciemment le soir avant de s'endormir, passer d'une simple peur du noir, comme l'ont pratiquement tous les enfants, à une phobie du noir, c'est-à-dire la peur accompagnée de l'évitement de la situation.

Cette phobie est, finalement, un « système mental » pour retarder l'éventuelle séparation des parents.

Certains parents ayant des difficultés conjugales peuvent en effet retarder leur séparation ou hésiter à le faire lorsque l'enfant présente des phobies du noir, des crises de panique, l'entraînant à quitter la chambre pour se retrouver dans le lit parental.

[image] Le départ en colonie de vacances

C'est le cas où l'enfant présente une anxiété de séparation importante. L'idée de se séparer, autrement dit l'anticipation de cette séparation, peut engendrer chez l'enfant des cauchemars ou des difficultés d'endormissement pouvant provoquer des peurs dans le noir. Ces peurs, au départ banales, peuvent se transformer en phobie du noir. Dans l'esprit des parents, ces phobies de l'enfant peuvent devenir une contre-indication à son départ en colonie de vacances.

D'autres facteurs déclenchants peuvent être découverts en fonction de chaque personnalité de l'enfant : l'analyse fonctionnelle déterminera les autres facteurs.

Une précaution à prendre, comme nous l'avons déjà souligné : il

ne faudrait pas « conditionner » l'enfant à imaginer que ce sont les seules causes de son problème de phobie du noir.

Après avoir évoqué ces possibilités d'explication à l'enfant, si, après un mois ou deux, rien n'a changé, il faut trouver une autre explication.

Au cours de l'étape 4 de l'analyse fonctionnelle, vous indiquerez donc, comme nous l'avons expliqué plus haut, les comportements qui suivent les comportements-problèmes et qui sont en général des comportements qui font plaisir à l'enfant (ce que les professionnels appellent des bénéfices secondaires ou avantages).

Ces comportements agréables pour l'enfant favorisent parfois malheureusement le maintien du comportement-problème et, tant qu'ils n'ont pas été identifiés par les parents et, par voie de conséquence, supprimés ou modifiés, il est difficile d'obtenir un succès thérapeutique. Nous avons déjà donné quelques exemples, rappelons le plus fréquent et le plus typique.

Le fait d'avoir une crise de panique dans le noir, à la suite d'une phobie du noir, engendre la plupart du temps l'intervention des parents dans la chambre de l'enfant avec câlins, lecture d'une nouvelle histoire, etc. Ce qui paraît tout à fait normal, à condition que cela ne se répète pas plus d'une fois ou deux. Par contre, il faut éviter que l'enfant aille dormir dans le lit des parents, prétextant sa peur de s'endormir. Ce qui est agréable pour l'enfant, le rassure, diminue son anxiété et sa peur, ne résout malheureusement pas sa phobie du noir. Dans ce cas, aller dans le lit des parents, je le répète, augmente la fréquence et l'intensité de la phobie du noir.

C'est cette quatrième étape de l'élaboration de la phobie qui nécessite plusieurs stratégies thérapeutiques dont la principale est l'exposition progressive aux situations angoissantes dans la réalité.

Établissez avec le plus de soin possible les relations qui peuvent exister entre les comportements inadaptés et d'autres comportements qui les précèdent ou les suivent.

Vous apprendrez à modifier ces comportements, « avant », « pendant » et « après », pour aider votre fille – ou votre fils – à les supprimer.

Je vous conseille de faire quelques photocopies du tableau page 89 afin de vous entraîner à établir des « analyses fonctionnelles » de chaque comportement inadapté avant de choisir une stratégie thérapeutique sous peine de risquer de vous tromper dans ce choix.

S'exposer progressivement aux situations de peur

Voici une méthode extrêmement simple et efficace que vous apprendrez à utiliser sans difficulté avec votre enfant phobique : la stratégie thérapeutique de « l'exposition progressive aux situations

angoissantes ».

Elle va vous permettre, si votre enfant présente des phobies (peurs intenses avec évitement de la situation), de guérir et d'éviter une aggravation de ses craintes et de ses angoisses.

C'est une méthode très ancienne. En voici la première description par Mary Cover-Jones en 1924 pour le traitement du petit Pierre.

Le petit Pierre avait deux ans et demi et souffrait d'une peur excessive des petits animaux comme les souris, les rats, les lapins, etc. C'est-à-dire tout ce qui évoque la fourrure de ces animaux.

Sa thérapeute décida d'utiliser un lapin vivant qu'elle introduisit chaque jour dans une cage dans la pièce de sa consultation.

Elle faisait jouer le petit Pierre calmement avec trois autres enfants du même âge. Ces enfants n'avaient pas peur du lapin et étaient capables de caresser l'animal de temps en temps au cours du jeu.

Au bout de quelques séances identiques, elle laissa Pierre seul en présence du lapin et elle s'aperçut que sa crainte de l'animal diminuait au fur et à mesure.

Cette thérapie confirme l'hypothèse que la plupart des phobies chez l'enfant sont « apprises » et par conséquent peuvent être « désapprises » en lui faisant parcourir le chemin inverse.

En 1950 un chercheur, Wolpe, reprend les idées de l'apprentissage possible des phobies en observant le comportement de ses propres chats.

Vous pouvez raconter son étude sous forme de conte à votre enfant pour lui expliquer la méthode qu'il va utiliser pour guérir de ses peurs, en particulier si vous avez un chat à la maison :

Dans une pièce de son laboratoire, un certain M. Wolpe provoqua une forte anxiété chez ses chats, à tel point qu'ils refusaient de se nourrir.

Il chercha donc le moyen de revenir à la situation antérieure, en se servant de trois autres pièces qui présentaient des degrés de ressemblance décroissants avec le laboratoire où l'anxiété avait été apprise.

La première était identique au laboratoire mais plus petite.

La deuxième était encore plus petite, mais le mobilier était de couleur légèrement différente.

La troisième, beaucoup plus grande, différait totalement du laboratoire de départ.

Il passa les trois chats plusieurs fois dans les différentes pièces et que constata-t-il ?

Dans la première pièce, les chats avaient aussi peur que dans la pièce de laboratoire.

Dans la deuxième pièce, l'anxiété de la plupart des animaux diminuait.

Dans la troisième pièce, très peu d'animaux sont encore inquiets.

Autrement dit, le fait d'avoir rendu les chats anxieux dans un lieu précis rendait ce lieu même source d'angoisse.

Ceci dit, il n'est pas parvenu à les faire manger lorsqu'ils sont revenus dans le laboratoire où l'anxiété est née : même en leur proposant de s'y nourrir après trente-six heures de jeûne !

Tout se passe selon lui comme si une anxiété trop grande entraînait l'inhibition d'autres comportements naturels tels que celui de s'alimenter.

Wolpe se dit que s'il parvenait à faire manger les chats normalement dans la situation phobique, il pourrait « guérir » progressivement cette phobie.

Le comportement alimentaire pourrait empêcher l'animal d'avoir peur.

Il décida donc de commencer à les faire manger dans la pièce n° 3 où l'anxiété était la moins forte.

Dès que le résultat fut obtenu, il passa à la pièce n° 2 puis à la pièce n° 1 et enfin dans

le laboratoire lui-même.

Chacune de ces étapes comprenait plusieurs séances de familiarisation durant lesquelles on répandait la nourriture en plusieurs endroits : les chats pouvaient alors explorer les lieux.

Cette diminution progressive de l'anxiété inhibée par le comportement alimentaire fut appelée « désensibilisation systématique ».

Un peu comme le médecin de famille qui traite un enfant allergique à la poussière ou fait des crises d'asthme.

De séance en séance, il parvint en quelques semaines à guérir complètement tous les chats de leurs phobies.

Vous savez maintenant ce qu'il vous reste à faire ! Enfin, presque.

L'idée était donc née d'établir une progression dans l'exposition aux situations de peur en partant de la situation la moins anxiogène vers la plus anxiogène.

Cette méthode eut beaucoup de succès et continue à être la plus répandue dans le monde pour guérir des phobies.

La nourriture donnée aux chats comme antagoniste à la peur est remplacée par la technique de relaxation musculaire que je vous présenterai plus loin page 100.

Pour illustrer, reprenons l'exemple de Géraldine qui est restée bloquée dans les toilettes de l'école.

On émet l'hypothèse qu'un processus « cognitif » s'est opéré en elle : l'idée de devoir un jour de nouveau se rendre dans les toilettes la rend anxieuse et elle évite systématiquement cette situation.

Étant donné son degré d'anxiété, ses parents ne parviennent pas à la traiter uniquement par de « bonnes paroles ».

Or ce simple incident, apparemment banal, peut persister, voire s'aggraver et se généraliser à d'autres situations proches et notamment à tous les endroits où l'on peut rencontrer des difficultés à sortir immédiatement comme la plupart des transports en commun ou éventuellement un voyage en voiture. Essentiellement, dans des endroits où il risque d'y avoir des ralentissements, des embouteillages ou lorsque la voiture s'engage dans un tunnel.

Je l'ai déjà décrit : ce mécanisme psychologique de l'évitement des situations qui font peur provoque beaucoup de dégâts. L'enfant quitte la situation anxiogène et a tendance à ne plus y retourner.

Que pouvez-vous faire ?

Il est évident que conduire l'enfant de force aux toilettes en l'accompagnant, non seulement est une attitude trop violente, mais ne règle absolument pas le problème, au contraire : cela risque probablement de le traumatiser davantage.

Il s'agit donc de procéder par étapes. Comment ?

Construire une liste des situations de peur

En établissant une liste des différentes situations anxiogènes classées de la moins anxiogène à la plus anxiogène.

Voici, par exemple, quelques étapes que l'on peut proposer à Géraldine.

Géraldine et sa mère rentrent toutes les deux dans des toilettes publiques : elles y restent quelques minutes et vérifient le bon fonctionnement du verrou puis sortent toutes les deux.

Géraldine reste seule dans les toilettes : sa mère reste devant la porte.

Même exercice, sa mère part trois minutes.

Répétition de l'exercice mais, cette fois, sa mère la laisse seule et l'attend dehors.

On peut bien entendu ajouter des étapes si nécessaire.

Chaque étape est proposée à l'enfant en commençant par celle qui la rend la moins anxieuse possible.

Dès que l'enfant se sent parfaitement à l'aise, on passe à l'étape suivante.

Afin de contrôler le niveau de détente psychologique, et à condition que l'âge de l'enfant le permette, on peut lui demander de se référer à une échelle composée de dix barreaux pour chaque étape.

Si, par exemple, l'étape 1 évoque le 3e barreau au départ, l'enfant ne passera à l'étape 2 que lorsqu'elle sera descendue au bout d'un certain temps au premier barreau.

Lorsque l'enfant est encore petit, il est nécessaire d'effectuer les étapes dans la réalité.

Lorsqu'il est plus âgé, l'enfant peut commencer par s'imaginer dans les différentes situations, confortablement installé dans un fauteuil par exemple.

Il est souvent nécessaire de les aider en leur demandant de préciser certains détails de certaines situations :

— les couleurs,
— les bruits,
— les odeurs,
— les vêtements portés,
— ont-ils un cartable ou d'autres objets rassurants permettant de diminuer la peur ?
— etc.

Mais, malgré ces précautions, il faut bien le reconnaître, la technique par imagination reste souvent irréalisable chez les enfants, en particulier chez les très jeunes enfants.

Pour mieux aider votre enfant à se concentrer et à évaluer son degré de peur, vous pouvez vous servir du dessin d'une échelle composée de dix barreaux que vous pouvez lui faire « descendre » en fonction de son degré de peur dans chaque situation.

Pour passer plus aisément d'une étape à l'autre, utilisez une technique de relaxation.

Vous trouverez d'autres exemples de listes de peurs au chapitre 4.

La relaxation adaptée aux enfants

Il existe de nombreuses techniques, mais la méthode de Jacobson sera choisie de préférence car les enfants ont encore du mal à imaginer certaines sensations de calme et de détente musculaire et respiratoire, comme l'exigent souvent d'autres techniques.

Il s'agit d'une méthode simple consistant en une série d'exercices de contractions maximales de différents groupes musculaires suivis d'une décontraction rapide.

> *Par exemple, vous demandez à l'enfant de serrer fortement le poing droit pendant dix secondes puis de relâcher les muscles et d'étendre les doigts bien à plat sur l'accoudoir d'un fauteuil de relaxation.*

La musculature est divisée en quatorze groupes différents. Deux au niveau de chacun des membres supérieurs (bras) et inférieurs (jambes). Trois au niveau des muscles de la face et trois au niveau du tronc.

Chacun des exercices sera décrit avec précision à l'enfant, le thérapeute effectuant les gestes à imiter.

Les exercices débutent par la main et l'avant-bras droit pour les droitiers, gauche pour les gauchers.

Il faut choisir un environnement calme et sans trop d'objets qui risquent de distraire l'enfant.

Si possible, une petite pièce calme sans presque rien en dehors du fauteuil de relaxation.

Il s'agira essentiellement de faire comprendre à l'enfant qu'il devra pratiquer les exercices plusieurs fois par jour à la maison.

Une séance de relaxation

Serrer le poing droit (ou gauche) 10 secondes puis relâcher.

Appuyer le coude droit (ou gauche) sur l'accoudoir pendant 10 secondes puis relâcher.

Serrer le poing gauche (ou droit) sur l'accoudoir pendant 10 secondes puis relâcher.

Plisser le front, puis froncer les sourcils 10 secondes puis relâcher.

Pincer les ailes du nez, contracter les pommettes 10 secondes puis relâcher.

Appuyer le coude gauche (ou droit) sur l'accoudoir pendant 10 secondes, puis relâcher.

Serrer les mâchoires, pincer les lèvres 10 secondes puis relâcher.

Pousser la pointe du menton en avant 10 secondes puis relâcher.

Inspirer profondément l'air par le nez pendant 3 secondes, un temps d'arrêt, puis expirer passivement l'air par la bouche.

Durcir les muscles du ventre pendant 10 secondes puis relâcher.

Appuyer le talon droit (ou gauche) sur le sol.

Étirer le pied droit (ou gauche), extrémités des orteils vers le haut.

Appuyer le talon gauche (ou droit) sur le sol.

Étirer le pied gauche (ou droit) vers le haut, extrémité des orteils vers le haut.

Comme vous pouvez facilement l'imaginer, le petit enfant aura probablement du mal à respecter ces quelques consignes. La méthode ne peut réellement se faire efficacement qu'à partir de l'âge de 7 ans. Il s'agit là d'un âge moyen nécessaire pour que l'enfant soit actif et concerné par sa démarche.

Le but est d'obtenir une diminution progressive de l'activité musculaire afin d'obtenir une diminution de la tension psychologique.

Vous trouverez sur le tableau ci-après une série d'« astuces » pour aider votre enfant à se concentrer en fonction de sa personnalité et de son âge.

Mais cela reste parfois problématique.

« ASTUCES » POUR AMÉLIORER LA RELAXATION CHEZ L'ENFANT

Augmentez la concentration de votre enfant

— Faites la relaxation en même temps que lui.
— Casque et cassette audio préenregistrée.
— Choisissez le bon moment : avant une « récompense ».
— Choisissez un lieu calme sans « distractions ».

Aidez-le à respirer calmement

— Aidez-le à respirer calmement et de façon équilibrée en rouge inspiration par le nez et expiration par la bouche.

Contrôlez ses battements du cœur

— Posez votre main sur sa main placée sur sa poitrine.
— Apprenez-lui à prendre son pouls.
— Écoutez les battements de son cœur à l'aide du stéthoscope.

Estimez la peur de 1 à 10

— Dessin d'une « échelle de la peur » composée de dix barreaux.

C'est la raison pour laquelle l'autre approche est proposée dans ces cas : la technique de l'immersion et de l'exposition progressive dans la réalité.

S'exposer aux situations réelles

À condition, bien entendu, de bien préparer l'enfant à se confronter à sa situation anxiogène, cette méthode est plus pratique à appliquer aux petits enfants.

Je prends l'exemple de Géraldine qui, suite à sa phobie de rester enfermée dans les toilettes, souffre à présent de la « phobie de l'ascenseur ».

Voici plusieurs mesures « préparatoires » indispensables si vous voulez empêcher l'« évitement prématuré » avant chaque exercice :

• Commencez par accompagner l'enfant devant l'ascenseur sans lui demander de rentrer dedans.

• Lorsque la porte s'ouvre, bloquez la porte quelques minutes et montrez-lui le bouton « rouge » d'arrêt d'urgence et le bouton « vert » avec le haut-parleur relié au centre de dépannage.

• Faites la démonstration vous-même en poussant sur le bouton, démontrant qu'il fonctionne normalement.

• Accompagnez l'enfant dans l'ascenseur au rez-de-chaussée et appuyez sur le bouton « 1er étage ».

• Permettez à l'enfant de prendre une lampe de poche et un de ses livres ou jeux préférés car souvent l'enfant craint non seulement un arrêt brutal de l'ascenseur entre deux étages, mais également de se retrouver dans le noir !

• Poursuivez les exercices en montant au 2e, au 3e, etc. Toujours en accompagnant l'enfant dans l'ascenseur.

• Lorsque l'enfant maîtrise parfaitement ces situations, incitez-le à prendre l'ascenseur seul jusqu'au 1er étage où vous l'attendrez et poursuivez jusqu'à l'extinction de la peur.

• Ces exercices sont à répéter.

Vous verrez que petit à petit le délai d'extinction de l'angoisse diminue.

Faire comme ceux qui n'ont pas peur

Apprendre par imitation

Dans le chapitre « Comprenez mieux ce qui lui arrive », je vous ai parlé de la façon dont un enfant a appris la peur en observant malgré lui un autre enfant exposé à une situation de peur extrême. L'enfant a appris un comportement inadapté par imitation du comportement inadapté d'un autre enfant.

Il est logique bien évidemment d'utiliser le même principe pour apprendre à votre enfant à se débarrasser de ses peurs. C'est le principe de l'apprentissage de comportements adaptés par imitation.

Je prends l'exemple de Jules qui souffre d'une timidité invalidante ne lui permettant pas de prendre la parole en classe alors qu'il connaît les réponses aux questions posées par ses professeurs.

Vous pouvez l'aider facilement à se sentir à l'aise en jouant « à faire semblant » le soir avec lui à la maison : vous faites comme si

vous étiez le professeur et lui l'élève, et progressivement il récite une leçon d'histoire de façon de plus en plus « affirmée », comme disent les professionnels :

— fixer le regard du professeur,
— accompagner ce qu'il dit par des gestes du corps et en particulier des mains,
— parler suffisamment fort,
— moduler le son de la voix et bien articuler,
— contrôler la respiration et marquer des temps d'arrêt.

Compléter les exercices en écoutant des enregistrements sur cassettes audio ou mieux encore en regardant un enregistrement par caméscope et en utilisant les arrêts sur image.

Faites d'abord des commentaires positifs sur ce que votre enfant réussit, puis ensuite demandez-lui de recommencer.

Vous verrez que votre enfant fera des progrès rapides et étonnants grâce à cette méthode simple mais efficace.

Je vous exposerai plus loin la façon dont les professionnels utilisent cette méthode en « thérapie de groupe » par jeux de rôle pour aider les enfants à mieux communiquer leurs sentiments (technique d'« affirmation de soi »).

La thérapie d'affirmation de soi par jeux de rôle

Manon, adolescente de 14 ans, souffre d'une phobie sociale extrêmement sévère l'empêchant de sortir de chez elle et la rendant incapable de fréquenter l'école depuis un mois. Elle s'en rend malade et toute sa famille est perturbée par son attitude négative. Lors de la consultation adressée par le médecin de famille à qui elle a confié qu'elle avait des idées de suicide, je constate effectivement ce trouble.

Que puis-je proposer pour l'aider à changer progressivement son comportement phobique ?

La mise en place progressive, avec la collaboration des parents, de séances d'affirmation de soi par jeux de rôles.

Je vais lui donner étape après étape les moyens de lui faire reprendre confiance en elle afin qu'elle puisse derechef bénéficier d'une meilleure estime d'elle-même.

Généralement, je réalise cet apprentissage de nouveaux comportements adaptés aux situations sociales de son âge dans un premier temps seul avec elle au cabinet de consultation, puis en l'intégrant avec précaution dans un groupe de dix adolescents de son âge et ensuite en lui proposant d'effectuer des exercices dans sa famille (tâches à domicile), puis à l'extérieur et enfin à l'école.

[image] L'enfant seul avec le thérapeute

Au début, Manon n'ose pas croiser mon regard ni m'adresser la parole, mais, par contre, elle accepte de lire le livre que je lui propose

sur la timidité chez l'enfant et l'adolescent écrit par le Dr Gisèle George.

Elle m'avoue par quelques mots exprimés à voix à peine perceptible qu'elle est surprise de constater qu'elle n'est pas la seule à être dans cet état.

Pendant cette période, j'évite de laisser des silences dans la conversation pour ne pas la rendre encore plus anxieuse qu'elle ne l'est.

Je lui raconte la manière dont je traite d'autres adolescents de son âge en suivant les consignes du livre :

— apprendre à entamer la conversation ;
— apprendre à utiliser les signes de la communication non verbale ;
— apprendre à reconnaître les différentes manières inadaptées de communiquer : le clown, le marchand, le fabulateur, le loup et le « toutou » ;
— apprendre à choisir la communication du koala et sa formule magique : je/sentiments/sincérité ;
— apprendre à faire un compliment ;
— apprendre à recevoir un compliment ;
— apprendre à faire une critique ;
— apprendre à recevoir une critique ;
— apprendre à répondre à une insulte.

Petit à petit, elle accepte de faire des jeux de rôle avec moi :

« Docteur, j'aime beaucoup votre cravate mais je trouve que la couleur est trop sombre pour aller avec votre chemise ! »

Lors du deuxième entretien, elle participe plus facilement.

Je la prépare à participer aux séances de thérapie d'affirmation de soi en groupe.

[image] L'enfant dans un groupe d'enfants

Cette stratégie offre beaucoup d'avantages :

— les situations sont proches de la réalité ;
— les enfants émettent vis-à-vis de leurs camarades des remarques positives d'abord et ensuite des critiques ;
— l'apprentissage se fait par imitation des autres enfants.

[image] L'enfant dans sa famille et à l'extérieur

Si vous voulez rejouer ces séances en famille, prenez quelques précautions :

— vous devez d'abord proposer des exercices très faciles puis aller progressivement vers le plus angoissant ;
— vous devez d'abord signaler ce qui est réussi et ensuite repérer

ce qu'il faut améliorer.

Modifier ses pensées et ses émotions

Reportez-vous de nouveau au tableau de l'analyse fonctionnelle page 89.

À partir de l'énumération des comportements-problèmes, je vous demande à présent de faire l'analyse du vécu de votre enfant : ce qu'il pense, ce qu'il ressent, ce qu'il imagine, etc.

Cette analyse du vécu a donné naissance, il y a déjà maintenant une vingtaine d'années, aux thérapies dites « cognitives ».

Le terme « cognitif » signifie que vous allez vous efforcer de faire changer la façon de penser « négative » de votre enfant pour la rendre plus « positive », lui permettant de poursuivre son développement sans risque de blocage.

Je vous présente les deux stratégies cognitives les plus utiles pour aider votre enfant phobique.

Apprendre à reformuler

Au cours du premier temps de l'approche cognitive, il faut apprendre à l'enfant à décrire un problème global abstrait en termes plus spécifiques et concrets.

Par exemple, si l'enfant souffrant de phobies pense : « Je n'y arriverai jamais, cela fait trop longtemps que cela dure. »

Comment pouvez-vous l'aider sur le plan « cognitif » ?

Déjà il convient de mettre l'accent sur l'utilisation des termes « jamais » et « toujours » qui conditionnent l'enfant à imaginer que « tout est fichu d'avance ». Or la quasi-totalité des enfants phobiques arrive avec plus ou moins de patience à guérir de ce problème.

Au cours des différentes séances, l'enfant pratique des « reformulations » pour favoriser la prise de conscience de ses difficultés.

Soit l'enfant parvient à réanalyser correctement le problème, soit il ne le peut pas et vous répétez de nouveau la formulation correcte.

Chez tous les patients en général, mais chez les enfants en particulier, il faut régulièrement estimer ce qu'ils ont réellement compris et ce qu'ils ont réellement changé dans leur façon de penser, car ils abusent souvent de la pensée « dichotomique » :

— Soit « c'est génial ! »
— Soit « c'est nul ! »

Ils connaissent mal les « nuances » à apporter dans leur jugement vis-à-vis des parents, des professeurs ou des autres élèves.

C'est assez typique des préadolescents et certains chercheurs

pensent qu'il s'agit d'une immaturité passagère au niveau du fonctionnement du cerveau.

Il ne faut pas se contenter d'une simple réponse par oui ou par non.

Après chaque reformulation, le thérapeute analysera l'impression de l'enfant.

Entrons à présent dans le vif du sujet.

Apprendre à modifier ses pensées et ses émotions

La thérapie cognitive apprend aux enfants et aux adolescents manquant de maîtrise d'eux-mêmes et présentant des peurs exagérées à s'analyser de façon plus logique, plus adaptée pour résoudre différents problèmes et difficultés psychologiques.

Certaines difficultés abordées dans les différents chapitres de ce livre rendent parfois l'enfant et l'adolescent incapables d'affronter des situations de peur.

D'une manière générale, cet état de lutte permanente peut entraîner à la longue une dépression et une profonde souffrance.

Vous pouvez à présent chercher à identifier les facteurs qui déclenchent et ceux qui entretiennent le comportement inadapté de votre enfant.

Cela paraît évident d'après ce qui a été dit dans la partie consacrée à l'« analyse fonctionnelle » (voir page 88).

Mais ce n'est pas suffisant !

Il se peut que votre enfant, malgré la prise en charge fondée sur ce qui précède, continue à déprimer.

Il faut garder à l'esprit qu'aucun fait en soi ne peut à lui seul influencer votre enfant au point de lui faire perdre pied.

Alors d'où vient ce sentiment d'impuissance face aux situations d'évitement de votre enfant ? De la façon dont il voit les choses. C'est l'opinion que l'enfant a des faits, et non les faits eux-mêmes, qui le rend sans ressort.

Autrement dit : ce sont ses pensées et ses jugements (activités « cognitives ») qui déterminent la persistance des troubles.

> *Imaginez deux enfants jumeaux qui jouent au bord d'une piscine. Au cours de leurs jeux, ils dérapent sur le sol humide et tombent à l'eau ! Le premier prend peur et va se réfugier dans les bras de sa mère en pleurant. Le second rit aux éclats.*

Événement identique. Même chute. Vécus différents.

Ce n'est donc pas la chute qui suscite les réactions contraires, mais bien les idées différentes que vos enfants en ont eues.

Donc vous constatez que, dès le plus jeune âge, chaque enfant porte des jugements et se forge des opinions personnelles sur les événements extérieurs.

Les jugements de ces enfants seront tantôt corrects, tantôt incorrects, et c'est l'expérience de la vie qui, jour après jour, va influencer leur conduite.

La difficulté réside dans le fait que parfois l'enfant émet un jugement trop rapide sans le précéder d'une réflexion correcte. C'est le cas du préjugé. Si le jugement repose sur des préjugés, les sentiments et les activités qui en découlent seront source de problèmes insolubles.

La thérapie va consister tout simplement à faire découvrir à l'enfant l'inexactitude de son jugement.

Dans les années 1970, pour décrire ces erreurs de pensée, le psychologue Ellis a retenu à la base deux types d'expression entraînant de faux jugements de la réalité :

• Les jugements en superlatifs (terrible, terriblement…)

L'enfant, devenu phobique, dans notre exemple, pensera en lui-même : « C'est terrible, c'est épouvantable d'avoir peur de l'eau et des vagues. » Ces jugements superlatifs entraînent une exagération irréelle. On passe en quelque sorte d'une simple déception à un désastre. Ellis a l'habitude de citer comme exemple dans ses livres que dans ce mode de pensée $2 \times 2 = 400$, et non pas 4.

• Les jugements de nécessité (il faut, je dois…)

« Il ne faut pas que cela continue, je ne dois plus avoir peur. » Les jugements de nécessité entraînent une exigence irréelle. Or personne n'a le pouvoir de décider de façon absolue. Ellis dit : « Comme si le bleu pouvait être blanc, pourvu que nous en formulions l'exigence. Comme si nous pouvions décider de la pluie et du beau temps. » Il ajoute : « Devoir, falloir, implique que je dois avoir raison et qu'il ne faut surtout pas que l'avenir et l'entourage me donnent tort. »

Ellis a mis au point une thérapie très simple et directe pour traiter ces problèmes : la thérapie rationnelle émotive (TRE). De quoi s'agit-il ? Je reprends l'exemple de Marine, devenue phobique de l'école : au départ elle a vomi dans le car scolaire. Elle souffre de peur panique chaque matin au moment de devoir partir à l'école et est devenue fort déprimée et perturbée.

Sur le modèle conseillé par Ellis, je vous recommande d'aider l'enfant à comprendre les différentes étapes de son raisonnement.

• Étape A : l'événement.

Il s'agit de décrire simplement, mais avec précision, les événements-problèmes de l'enfant :

« Dès que je dois partir, j'ai une peur panique. »

• Étape B : les jugements.

L'enfant juge l'événement A de la façon suivante :

« C'est terrible. Quelle honte ! Je suis un bébé. C'est épouvantable ! »

Ce jugement est un bel exemple de pensées irrationnelles.

N'importe quel enfant, nourri de telles opinions, se rendrait malade et malheureux.

• Étape C : les sentiments.

Les sentiments éprouvés par l'enfant sont :

« Je me sens blessé, amoindri, complexé et ridicule face aux élèves du car de ramassage scolaire. »

On pourrait penser qu'*a priori* ces sentiments C découlent de l'étape A : événement de façon directe.

Il n'en est rien. C'est de l'étape B que les sentiments C découlent : c'est-à-dire les jugements irrationnels.

La thérapie d'Ellis, vous l'avez bien compris, consiste à critiquer (étape D) ces jugements irrationnels B, de les remplacer par des formulations plus positives pour en faire découler des sentiments plus sereins en E.

Détaillons l'étape D, la plus importante : l'épreuve des jugements B.

C'est l'épreuve des quatre critiques.

1. Ce jugement est-il réaliste ?

Dans cet exemple, j'apprends à Marine à changer son opinion : « Non, faire cela n'est pas terrible ! Tout au plus, c'est déplaisant. D'autres enfants l'ont vécu, ce n'est pas une "tare". De toute manière, il ne faut pas penser cela puisque cela s'arrêtera. »

2. Ce jugement irréaliste aide-t-il Marine à prévenir ce genre de difficulté à venir ?

« Non, plutôt que de répéter que c'est "terrible" et que c'est dramatique, il serait plus utile d'employer mon énergie à comprendre et à appliquer ce que propose le médecin car un jour, on trouvera une solution. »

3. Ce jugement aide-t-il Marine à prévenir les sentiments indésirables ?

« Non, en me répétant à moi-même combien c'est "terrible" je ne fais qu'aggraver mon désarroi. »

4. Ce jugement aide-t-il Marine à prévenir les conflits inutiles avec autrui ?

« Non, cela ne doit pas m'empêcher de continuer à accepter de prendre le car et de ne pas éviter les situations difficiles, car j'ai le droit de demander au chauffeur de s'arrêter si j'ai un malaise. »

D'une manière générale, on peut donc faire constater à l'enfant que, grâce à ces quatre questions, il a pu obtenir un jugement plus rationnel de son problème.

Ces jugements rationnels applicables à d'autres difficultés répondent à quatre critères.

• Ils sont réalistes, c'est-à-dire fondés sur une réalité objectivement véritable.

• Ils contribuent à la réalisation du ou des objectifs poursuivis à ce moment dans l'existence (ou qui du moins ne perturbent pas sa poursuite).

• Ces jugements ne sont pas source de ressentiments, mieux, ils contribuent à prévenir les états d'âme négatifs.

• Ces jugements ne produisent pas de conflits inopportuns, voire contribuent à les prévenir.

Pour terminer notre exemple, nous pouvons maintenant constater que les sentiments de l'enfant issus de l'étape D sont nettement plus positifs et constructifs que ceux exprimés à l'étape B.

L'enfant, face à ses difficultés, ressent moins de désarroi, moins de honte et plus de calme.

Afin de vous familiariser avec cette stratégie, nous vous conseillons de franchir les étapes ABCDE et de l'appliquer à diverses difficultés psychologiques que l'enfant peut rencontrer dans la vie.

Il faut préciser qu'apprendre à juger autrement demande un effort soutenu, de la patience et beaucoup d'exercices.

Il s'agit de changer des habitudes, même si ce sont des habitudes de pensée. Or chacun sait combien résistantes au changement sont les habitudes. Ne vous attendez pas à réaliser d'emblée des analyses parfaites de l'enfant.

Par ailleurs, vous remarquerez plus d'une fois que, bien qu'adhérant aux nouveaux jugements rationnels, il reste toujours un arrière-fond d'anciens sentiments négatifs et morbides. Ils ne disparaîtront tout à fait qu'avec de l'exercice.

Le changement est difficile, pas impossible. L'enfant a parfois du mal à s'imaginer en lui-même qu'il pourrait ne pas se fâcher, ne pas avoir peur de telle ou telle situation dans laquelle il s'est toujours senti irrité ou angoissé jusque-là.

C'est pourquoi, au début, il doit faire un effort d'imagination. En

fait, l'enfant fait de l'imagerie mentale depuis toujours, sans vraiment s'en rendre compte. L'approche cognitive n'est rien d'autre qu'un entraînement mental régulier, systématique, dirigé vers un objectif bien précis.

Au terme d'une thérapie rationnelle émotive, il faut effectuer des exercices chaque jour, il faut se représenter mentalement l'événement A, puis les étapes D et E.

Par exemple, sur le chemin de l'école, penser quelques minutes dans le sens des nouvelles idées après analyse.

Certains critiqueront cette méthode d'autosuggestion. C'est en effet une stratégie thérapeutique par autosuggestion, mais qui donne d'excellents résultats. De toute façon, l'autosuggestion est probablement un des mécanismes les plus importants de tout apprentissage, quel qu'il soit. Elle permet de se débarrasser de vieux réflexes produisant, en présence de certaines situations, des réactions que l'enfant trouvait indésirables.

Il peut désormais s'entraîner mentalement pour s'aider à mieux réussir dans différentes situations (école, famille, amis, etc.).

Cette méthode a aussi ses limites. Trois conditions sont nécessaires à sa réussite :

1. un désir de changement de la part de l'enfant (comme dans n'importe quelle psychothérapie) ;

2. la reconnaissance du caractère non réaliste et irrationnel de certaines de ses façons de juger ;

3. la conviction du bien-fondé des alternatives rationnelles proposées.

Et, avec beaucoup de travail, l'enfant pourra, dès lors, petit à petit, remplacer ses sentiments de honte par des sentiments plus adaptés au monde réel.

Récompenser les efforts accomplis

Affronter la peur alors qu'elle risque de provoquer une crise de panique n'est pas une sinécure pour votre enfant ! Or, je le répète, c'est le seul moyen efficace de le guérir de ses peurs exagérées. Imaginons qu'il s'agisse d'une phobie scolaire. Votre enfant va peut-être déployer toute son intelligence pour éviter cette confrontation :

— se plaindre de maux de ventre, de maux de tête et de bien d'autres parties du corps ;
— se provoquer des vomissements ;
— inventer des mensonges : racket dans la cour de récréation ou sur le chemin de l'école.

Alors comment le motiver ?

En utilisant le même principe que les enseignants : la récompense !

Établissez avec lui un « contrat » de préférence inscrit sur un tableau affiché dans sa chambre et dans la vôtre : il reçoit une récompense en fonction des efforts fournis lorsqu'il réussit chaque étape de la liste des situations phobiques.

Comment choisir les « renforçateurs » (les récompenses) ?

En fonction de l'âge de l'enfant, il en existe plusieurs :

— les renforçateurs primaires destinés à être consommés ;
— les renforçateurs sociaux ;
— les activités intéressantes ;
— les renforçateurs généralisés (argent de poche, bons points, gommettes), qui peuvent être échangés avec d'autres récompenses).

Cette méthode évite la punition qui vous le savez est très néfaste par ses conséquences psychologiques et devient très rapidement inefficace.

Le renforcement positif est au contraire revalorisant pour votre enfant, à condition de respecter certaines règles :

— ne pas oublier la récompense ;
— ne pas la donner trop tôt ;
— ne pas la donner trop tard ;
— ne pas la choisir trop importante ;
— ne pas la choisir trop petite.

Ne pas se focaliser sur les situations de peur : l'économie de jetons

Si votre enfant souffre d'une phobie spécifique, vous vous êtes probablement rendu compte que toute votre attention et celle des autres membres de votre famille se sont portées sur ce trouble et que le reste n'existe plus.

Si c'est le cas, je vous propose d'utiliser la stratégie dite de l'« économie de jetons ».

Le système d'« économie de jetons »

Certains enfants ont beaucoup de mal à accomplir les tâches d'exposition dans la situation de peur. En tant que parent, vous avez tendance à vous focaliser uniquement sur ce trouble.

Une stratégie qui les aide beaucoup se nomme l'« économie de jetons ».

Cette méthode a plusieurs buts :

— valoriser les bons comportements et les récompenser ;
— éviter les conflits, les punitions ;

— apprendre à l'enfant à être plus autonome en général ;
— supprimer les comportements phobiques ;
— aider l'enfant à mettre en place les stratégies nécessaires afin d'obtenir la récompense ;
— anticiper l'avenir et maintenir l'attitude adéquate ;
— communiquer positivement avec son enfant ;
— comprendre ses difficultés à accepter ou à mettre en place une consigne ;
— pouvoir l'aider « sans faire à sa place » ;
— faire comprendre les principes éducatifs et lui donner les valeurs nécessitées par la vie en société.

Il s'agit de récompenser par des « jetons » (gommettes ou points bleus) une série d'activités quotidiennes ou de comportements souhaités. Ces jetons seront ensuite échangés contre des cadeaux ou des activités que l'enfant désire ardemment.

Pour un enfant phobique, changer lorsqu'il affronte des situations difficiles demande un effort. Il paraît donc judicieux de le récompenser afin qu'il persiste dans ses nouvelles attitudes.

Il ne faut pas craindre que le nouveau comportement ne se maintienne qu'au prix d'une récompense.

Les études et la pratique quotidienne ont montré que lorsqu'un enfant a acquis une nouvelle habitude, il la garde, même si elle n'est plus encouragée. Il a donc acquis un comportement social et le maintient à long terme.

Cette méthode vise au même but.

Comment l'appliquer

Il s'agit de fabriquer avec l'enfant un tableau semainier dans lequel une série d'activités ou de comportements doivent être réalisés quotidiennement, comprenant notamment les séances d'exposition dans les situations phobiques.

[image]

Lorsque l'enfant applique la consigne, collez par exemple une gommette bleue en faisant des commentaires positifs. N'hésitez pas à montrer votre plaisir.

Par contre, si le comportement n'est pas réalisé, mettez une gommette rouge sans aucun commentaire.

Dans la rubrique « divers », il vous est possible d'ajouter des points bleus, le plus souvent lorsque votre enfant fait quelque chose d'inhabituel et qui vous fait plaisir : une bonne note en classe, une table mise sans l'avoir demandé. Une séance d'exposition supplémentaire réalisée spontanément par l'enfant.

À la fin de la semaine, le nombre des points bleus est compté et ils peuvent être échangés.

Vous aurez au préalable préparé avec l'enfant un tableau de récompense.

[image] Plusieurs modalités peuvent être envisagées selon les motivations de l'enfant

• Faire un tableau de cadeaux dont vous donnerez le prix en gommettes bleues :

— un paquet d'images autocollantes = 20 points,
— une poupée = … points,
— un nouveau jeu sur ordinateur = … points,
— etc.

En fait, chaque fois que l'enfant vous demande quelque chose, *ne refusez plus* : incluez-le dans la liste des récompenses. Vous déterminerez le nombre de points nécessaires à son obtention. Vous ferez ainsi comprendre, sans avoir besoin de parler d'argent, la valeur des choses. Il est bien entendu que s'il vous est demandé un objet contraire à vos principes éducatifs, vous êtes libre de refuser en expliquant votre position.

L'enfant aura la possibilité soit d'échanger immédiatement ses points, soit d'anticiper l'avenir en « économisant », afin d'avoir un plus gros cadeau. Il devra alors mettre en place des stratégies à long terme d'application des consignes et comprendra l'intérêt d'un effort prolongé. Il utilisera, pour ce faire, les mathématiques apprises à l'école.

Pour les parents, cette méthode augmente le plaisir d'offrir. Ces cadeaux désirés auront permis d'obtenir la mise en place de comportements que vous souhaitiez. Vous aurez donc le plaisir d'offrir et celui d'avoir amélioré les relations familiales.

• Si votre enfant adore, un peu trop à votre goût, la télévision, vous pouvez négocier la valeur du point bleu à 1, 5 ou 10 minutes d'émission.

Au moment de l'échange, l'enfant devra calculer son gain de temps télévisuel.

Vous regarderez avec lui un programme de télévision et il devra déterminer, si possible avec vos conseils, quelles émissions il pourra regarder en fonction du nombre de points gagnés. Ainsi, il apprendra à sélectionner ses programmes et à devenir plus critique. Il devra faire des choix d'émissions et ne plus regarder tout et n'importe quoi.

• Si les jeux vidéo prennent une trop grande place dans la vie familiale, vous pouvez, là encore, échanger les points contre un temps.

• Les activités de loisirs peuvent être aussi négociées par l'intermédiaire des points :

— parc Astérix ;
— inviter un copain (une copine) ;
— faire une fête ;
— faire une activité avec un ou les parents : lectures, jeu, cinéma…

Beaucoup d'enfants aiment avoir pour eux seuls la disponibilité parentale. Ce système vous oblige à y faire attention. Il permet de montrer à l'enfant que son obéissance, sa prise d'autonomie libèrent du temps pour faire des activités avec lui.

• Bien sûr, d'autres échanges sont possibles. L'important est de trouver ce qui motivera le plus votre enfant.

Vous n'êtes toutefois pas obligé de tout accepter. Il s'agit d'une négociation où les désirs de chacun doivent être respectés. Ainsi, si vos principes vous amènent à refuser la présence d'une console de jeux, d'une mobylette… ne cédez pas, expliquez vos positions à votre enfant et proposez-lui autre chose.

Il est tout aussi nécessaire de comprendre qu'il faut respecter certaines règles et que tout ne peut être obtenu dans notre société.

• Il est possible de mélanger plusieurs des idées présentées ci-dessus.

[image] Un nouveau tableau est négocié pour la semaine suivante

• Augmentez la difficulté en quantité ou en qualité

Dans le tableau, on peut par exemple demander de faire répéter au maximum deux fois les demandes, de faire le lit et de ranger ses affaires, de préparer son cartable et ses vêtements pour le lendemain, d'augmenter son temps de travail et le nombre de séances d'exposition.

• Si un comportement est appliqué quotidiennement, il sera rangé dans la rubrique « divers » sans être récompensé.

Ainsi, si votre enfant se lave quotidiennement les dents, ce comportement sera considéré comme acquis. Fait, il ne rapporte plus de points bleus. Non fait, il donne des points rouges qui seront déduits du total de la semaine.

• Le comportement mis en rubrique « divers » sera remplacé par un autre que vous souhaitez faire apparaître : par exemple en suivant la hiérarchie des peurs.

• Si une rubrique a systématiquement des points rouges, demandez-vous si votre intitulé est compréhensible ; ainsi des termes tels que « doit travailler, doit ranger, doit être sage » sont trop vagues.

Il faut expliciter ce que vous attendez de l'enfant, attitude par attitude. Les comportements de chaque rubrique doivent être observables ou mesurables. Un lit est fait ou pas fait, la mise au travail est faite à 17 heures ou non, la séance d'exposition est réussie ou non.

L'enfant doit savoir précisément ce qu'il a à faire. Vous éviterez ainsi de nombreux désaccords sur des termes qui sont, en général, appréciés différemment par un enfant ou un adulte.

Les termes employés sont-ils en rapport avec les apprentissages de l'enfant : sait-il lire l'heure, est-il capable de faire un lit ?

N'est-ce pas trop difficile ? La hiérarchie des peurs est trop compliquée ? Il n'a jamais rangé quoi que ce soit et vous lui demandiez de ranger toute sa chambre, tous les jours. Procédez par étapes au fil des semaines : le lit, ses vêtements, son bureau, ses jeux.

Il vous fait répéter dix fois les mêmes choses : commencer par « faire répéter maximum dix fois » et diminuez progressivement.

Cherchez avec l'enfant les raisons de l'échec lors d'une séance d'exposition.

Demandez quelles sont les stratégies qu'il a utilisées afin de réussir. Analysez-les avec lui et proposez d'autres méthodes. Vous découvrirez parfois un type de difficultés non compréhensible intuitivement.

Ainsi cet enfant qui ne rapportait jamais le pain le soir alors qu'il avait accepté de le faire. Il avait peur de la boulangère, mère de son pire ennemi. Un changement de boulangerie a permis la résolution du problème.

[image] Quelques conseils

• Comme vous avez pu le constater, ce sont les points bleus qui sont valorisés. Il n'est pas nécessaire de compter les points rouges. Ils prennent la place des points bleus, ils sont donc déduits automatiquement. Vous renforcez ainsi les bons comportements et éteignez la valeur des mauvais.

• Les activités sportives ou les séances de relaxation ne doivent pas être l'enjeu de votre négociation. Elles permettent à l'enfant de souffler un peu et sont nécessaires. Elles ont pour but l'expression corporelle, qui est contrôlée par ailleurs durant le temps scolaire. Elles favorisent la socialisation, valorisent d'autres comportements, ouvrent l'esprit, mettent souvent en application ce qui a été appris à l'école. Les enfants scolarisés ont besoin de ces temps d'expression libre, ils améliorent souvent les capacités d'apprentissage.

• Lorsque l'échange se fait, même si votre enfant a été odieux ce jour-là, vous devez l'accepter. Les points ont été obtenus grâce à la mise en application de consignes que vous avez appréciées, si vous les retirez à cause d'une autre attitude inadéquate, vous détruisez les efforts fournis.

• Si un comportement vous a été insupportable, vous avez la possibilité soit de mettre des points rouges dans la rubrique « divers », soit, et c'est mieux, de mettre la bonne attitude en prochaine rubrique

la semaine d'après.

• Les deux premières semaines, faites gagner votre enfant ! Mettez en rubrique uniquement des comportements qu'il sait déjà faire mais qu'il n'applique pas régulièrement. Ainsi, vous encouragez et montrez que votre tableau n'est pas punitif. Au contraire, il évite les conflits et permet d'obtenir des récompenses. Durant ces quinze jours, vous apprendrez à manipuler le tableau et à négocier avec votre enfant.

• Dans notre pratique, nous constatons souvent que les frères et sœurs vont rapidement vous demander, eux aussi, leur tableau et les récompenses qui vont avec. N'hésitez pas à le faire. De plus, en cas de conflits fraternels fréquents, pensez à mettre « au maximum *x* disputes par jour » dans les tableaux de chacun des protagonistes. Vous verrez alors vos enfants se débrouiller entre eux pour éviter les conflits et obtenir les points bleus.

• Les cadeaux que vous auriez offerts de toute façon, tels que les cadeaux d'anniversaire, de Noël… ne doivent pas être inclus dans le tableau.

• Le conseil le plus important : lorsque vous avez négocié les récompenses, n'offrez rien qui n'ait été obtenu par le tableau.

• Ne cédez pas : s'il manque quelques points pour atteindre la valeur d'un cadeau, faites attendre jusqu'à obtention du prix négocié.

• Votre tableau ne sera crédible qu'à ce prix Si votre enfant sait qu'il peut avoir ce qu'il veut car il vous aura fait « craquer », il ne fournira plus aucun effort.

> En généralisant les récompenses, vous évitez de ne penser qu'aux phobies de votre enfant. Vous verrez les progrès de votre enfant et les valoriserez. Vous découvrirez un autre dialogue, fondé sur la négociation. Vous serez surpris des capacités que votre enfant peut mettre en œuvre pour aborder des situations extrêmement angoissantes. Cela permet à l'enfant phobique de ne plus être le vilain petit canard de la famille.

Je vous rappelle qu'il s'agit d'une méthode élaborée par des professionnels, mais elle sera plus efficace si vous savez l'adapter à la connaissance que vous avez de votre enfant et à vos principes. Mélangez des « astuces » de professionnels et votre intuition personnelle.

Chapitre 4
En situation
au cas par cas

Dans ce chapitre, je vous explique la prise en charge des principales manifestations des troubles phobiques chez l'enfant à travers le récit des douze exemples dont je vous ai parlé au chapitre 1 page 23 et en me référant aux stratégies développées dans les chapitres 2 et 3.

Bien souvent, je vous raconte les récits de ces enfants tels que je les ai suivis en thérapie, mais bien entendu, les parents étant toujours mes cothérapeutes, le but est ici que vous puissiez appliquer vous-même avec votre enfant les programmes d'accompagnement.

Vous êtes acteur de cette prise en charge au même titre que votre enfant. La prise en charge de chaque enfant décrit d'une part « comment le trouble est apparu » et d'autre part « comment y faire face ».

Dans la partie « comment le trouble est apparu ? », vous repérerez les quatre étapes de l'analyse fonctionnelle :

— les événements traumatisants qui ont déclenché la peur (avant l'apparition du trouble) ;
— les pensées irrationnelles qui augmentent la peur (pendant l'apparition du trouble) ;
— les réactions de son corps qui augmentent la peur (pendant le déroulement du trouble) ;
— les conduites d'évitement des situations qui entretiennent la peur (après l'installation du trouble).

Dans la seconde partie, « comment faire face », vous participerez aux stratégies thérapeutiques choisies en fonction du trouble de votre enfant :

— l'exposition progressive aux situations ;
— la thérapie cognitive ;
— la relaxation ;
— l'apprentissage par imitation ;
— les stratégies d'affirmation de soi.

Bien entendu, le déroulement dans le temps de ces stratégies diffère pour chaque enfant en fonction de son vécu personnel.

Victor et la phobie de la piscine

[image] Comment le trouble est apparu ?

La chute dans la piscine est l'événement traumatisant (étape 1) qui génère chez Victor une très forte anxiété et un sentiment de mort imminente.

Son vécu insupportable et ses pensées irrationnelles (étape 2) entraînent des réactions corporelles inhabituelles (étape 3) avec hyperventilation provoquant une accélération des battements du cœur et une sensation de suffocation : « J'ai l'impression que mon cœur explose et que je coule à pic ! »

Il se rattrape de justesse au bord de la piscine d'où il sort précipitamment, se réfugie dans les bras de ses parents et rentre à la maison.

Ce qui provoque des conduites d'évitement (étape 4) en cascade !

En effet, par la suite, ses parents craignent de le traumatiser et se mettent d'accord pour que le mot « piscine » ne soit jamais prononcé devant leur enfant et que le lieu soit pour un certain temps évité.

Or, vous le savez maintenant, l'évitement à répétition de la situation phobique et la persistance de pensées irrationnelles ne font que conforter la persistance et la généralisation de la phobie.

Ce travail de repérage des différentes étapes de l'installation de la phobie appelé « analyse fonctionnelle du comportement » permet maintenant de mettre en place les stratégies thérapeutiques et de les proposer à l'enfant.

[image] Comment faire face ?

Je vous le répète, agissez vite et ne pensez pas « cela passera avec le temps ». Cette attitude ne permet pas de résoudre le problème et risque au contraire de l'aggraver.

L'autre attitude extrême est également mauvaise : il ne s'agit pas de jeter de force votre enfant à l'eau pour le guérir de sa peur, bien évidemment, mais d'établir une série d'étapes progressives que vous allez l'aider à franchir sous forme de jeux et d'exercices.

Le vécu de l'étape 4 a été particulièrement angoissant pour l'enfant.

Voici ce que je vous conseille si votre enfant souffre du même trouble que Victor.

• Commencez la thérapie par l'apprentissage de la relaxation musculaire et le contrôle respiratoire et cardiaque comme je vous l'ai

déjà décrit à la page 100.

Vous apprenez à votre enfant à contracter-décontracter les différents groupes musculaires de son corps et vous lui apprenez à contrôler sa respiration. Choisissez un endroit calme et un bon fauteuil : « Remplis tes poumons par le nez et souffle l'air par la bouche. » Vous lui posez la main sur la poitrine : il ressent le gonflement et le dégonflement de ses poumons.

Vous lui demandez de le faire calmement, vous restez près de lui et vous faites l'exercice en même temps que lui. Inspirez-vous de la description des exercices à la page 100. Si votre enfant est assez âgé, vous lui demandez d'imaginer en fermant les yeux qu'il tient un ballon qui se gonfle et se dégonfle. Prenez son pouls et comptez avec lui les pulsations. Vous lui faites effectuer cet exercice à plusieurs reprises. Après quelques séances de relaxation, votre enfant est capable de le faire tout seul.

• Maintenant, vous abordez l'aspect cognitif de son trouble.

Victor se souvient de ce qu'il a ressenti au moment du traumatisme : « Mon cœur battait très fort ! Il allait s'arrêter, j'allais couler à pic, j'étouffais ! » (pensées irrationnelles).

Demandez à votre enfant de se lever et de sautiller sur place pendant quelques minutes sans s'arrêter, puis de s'allonger à nouveau.

Il ressent les battements de son cœur et son pouls s'accélère !

— « Ton cœur bat très fort mais il ne s'arrête pas, comme tu l'as cru le jour de l'accident, et tu peux voir qu'il redevient normal. »

— Victor s'exprime : « C'est vrai, tu as raison, mon cœur battait très fort et il ne s'est pas arrêté » (reformulation cognitive).

Vous poursuivez : « Tu vois, ce qui s'est passé, quand tu es tombé dans la piscine, c'est le même phénomène qui s'est produit. Tu as simplement eu très peur, ta respiration s'est accélérée et ton cœur s'est mis à battre très vite ! Mais ce n'est pas dangereux ! Car "tu as le cœur bien accroché". C'est d'ailleurs ce qui se passe fréquemment lorsque tu fais du foot avec tes copains. Souvent, au cours d'un match, tu cours jusqu'à épuisement puis tu t'arrêtes pour reprendre ton souffle, puis tu repars. Quand tu es tombé dans la piscine, c'était pareil ! »

Votre enfant apprend à reformuler de façon logique ce qu'il ressent et à supprimer les pensées irrationnelles.

• Maintenant, utilisez la stratégie de l'exposition progressive aux situations anxiogènes en imagination, que vous avez lue à la page 94.

Vous établissez d'abord avec lui la hiérarchie des peurs :

— rentrer dans les vestiaires de la piscine avec son père ;

— se promener le long du bassin où il a pied avec son père ;

— son père rentre dans la piscine ;

— votre enfant rentre dans la piscine avec de l'eau jusqu'aux genoux ;

— votre enfant rentre complètement dans l'eau ;

— votre enfant nage vers son père.

Vous demandez de nouveau à votre enfant de se mettre en état de relaxation dans le fauteuil et vous lui faites évoquer en imagination chaque étape.

À chaque exercice, son cœur bat d'abord très fort, mais il continue à respirer calmement : il prend donc l'air par le nez, gonfle les poumons, puis souffle doucement l'air par la bouche. Il imagine une échelle des peurs avec dix barreaux, comme l'echelle des pompiers. Sa peur monte à 10 puis, progressivement, retombe à 0. Vous lui faites évoquer chacune des étapes. Il effectue les exercices plusieurs fois par jour.

• Vous abordez maintenant l'étape suivante : ne plus avoir de conduites d'évitement. Vous vous mettez bien d'accord avec son père (thérapie familiale : cohérence éducative) pour instaurer un système de récompenses pour l'aider à affronter les exercices dans la réalité (exposition progressive dans la réalité aux situations anxiogènes).

Vous établissez une liste des situations à aborder :

— se rendre en voiture avec son père jusqu'à la piscine ;

— descendre de la voiture et rester quelques minutes à l'entrée de la piscine, puis retourner à la maison ;

— le lendemain, retourner à la piscine, se mettre en maillot et se promener autour du bassin en regardant son père nager (apprentissage par imitation) ;

— le lendemain, il nage avec son père dans la piscine.

À chaque étape, votre enfant récite en lui-même la formule « magique » : « Mon cœur bat fort mais c'est normal, il ne va pas s'arrêter pour autant. »

• De retour à la maison, il reçoit sa récompense : autorisation de jouer un certain temps déterminé à l'avance à ses jeux vidéo et de regarder un feuilleton à la télévision.

• Cette réussite est notée sur un tableau avec des gommettes bleues. Le tableau comporte d'autres tâches, à effectuer chaque jour également, récompensées (« économie de jetons ») pour éviter de vous focaliser, son père et vous, uniquement sur la phobie de votre enfant. Son frère a également un tableau où sont collées des gommettes bleues lorsqu'il accomplit certaines tâches de la vie de tous les jours afin d'éviter la jalousie entre les deux frères. Le comptage des gommettes bleues a lieu une fois par semaine en famille. Les gommettes sont échangées contre une récompense « sociale » intéressante : sortie dans un parc d'attractions, au cinéma, etc.

Après quelques semaines, votre enfant retourne sans problème à la piscine.

• Le même procédé est choisi pour se rendre progressivement à l'école. Pour vaincre son angoisse à l'idée de répondre aux questions gênantes de ses camarades de classe, en famille, vous organisez des jeux de rôle pour vaincre sa timidité et augmenter sa capacité de communication « assertive » (thérapie d'affirmation de soi en groupe, page 104). Votre enfant retourne maintenant régulièrement à l'école et fréquente de nouveau la piscine avec son professeur d'EPS.

Vous remarquez que la suppression du symptôme n'a pas entraîné l'apparition d'un autre symptôme (pas de substitution de symptôme) et permet à votre enfant d'être confiant pour aborder d'autres situations de peur.

[image]

Marine et la phobie du car scolaire

Rappelez-vous l'histoire de Marine qui refuse de prendre le car scolaire et ne fréquente plus l'école (page 27).

[image] Comment le trouble est apparu ?

Il est clair que la peur excessive de Marine de prendre le car scolaire a été déclenchée par le vomissement devant les élèves dans le car de ramassage (événement traumatisant qui a déclenché le trouble, étape 1).

A priori, pour guérir Marine de sa phobie vous pourriez penser qu'un simple encouragement verbal pourrait facilement la faire revenir à l'école.

Détrompez-vous ! Car malheureusement le raisonnement de Marine n'est plus logique et elle n'utilise plus son cerveau « intelligent » mais son cerveau « émotionnel » pour lequel 2 + 2 n'égalent pas 4 ! : « J'ai honte ! Tous les élèves se sont moqués de moi ! Je suis nulle ! Je vais à nouveau vomir si je reprends le car ! » (pensée irrationnelle qui augmente le trouble, étape 2).

Marine avait des nausées et pressentait l'accident : elle avait l'estomac noué sans pouvoir contrôler les contractions musculaires.

Le visage blême, elle bloque sa respiration (réaction du corps qui augmente la peur, étape 3).

Par la suite, les difficultés persistent d'une part par l'évitement de la situation angoissante en vous suppliant de la garder à la maison, et d'autre part par son obsession permanente qu'un tel accident risque à nouveau de se produire et que cela se lira sur son visage blême lorsqu'elle remontera dans le car (conduite d'évitement qui entretient la peur, étape 4).

[image] Comment faire face ?

Comme dans l'exemple précédent, votre participation en tant que parent est indispensable pour ne plus éviter la situation anxiogène. Ne « surprotégez » pas votre enfant, ne « médicalisez » pas trop, même s'il y a des réactions organiques comme les contractures de l'estomac, les nausées, les mains moites, la blancheur du visage et d'autres signes désagréables.

• D'abord, apprenez à votre enfant la relaxation (voir page 100) pour éviter leur déclenchement.

• Ensuite, repérez ses pensées illogiques (thérapie cognitive, page 108) et vous les écrivez sur un tableau avec sa participation :

— je vais à coup sûr vomir ;
— c'est marqué sur mon visage et tous les élèves vont se moquer de moi ! ;
— ils vont me demander pourquoi j'étais absente et je vais avoir l'estomac retourné sans pouvoir leur répondre.

Ces pensées irrationnelles sont progressivement éliminées en lui apprenant à critiquer ses jugements négatifs appris dans cette situation phobique (thérapie rationnelle émotive, page 110).

• Vous donnerez alors à votre enfant les moyens d'éviter au maximum les événements risquant de déclencher le trouble : respiration abdominale, s'occuper l'esprit et choisir une place rassurante dans le car près du chauffeur à qui il ose demander à présent de s'arrêter si nécessaire (séances de jeux de rôle avec affirmation de soi, page 103).

• Après un travail de préparation en imagination, vous lui demandez de réaliser des exercices dans la réalité (exposition progressive dans la réalité aux situations de peur, page 94.

— prendre un car non scolaire en effectuant un petit trajet entre deux arrêts et vous le suivez en voiture ;
— même exercice mais il effectue le trajet complet ;
— même exercice sans vous avec sa sœur ;
— même exercice seul ;
— même exercice avec le car scolaire après avoir pris contact avec le directeur de l'école et décidé du jour de la réintégration scolaire.

Chaque étape est préparée en imagination (exposition progressive aux situations anxiogènes), mais également sous forme de jeux de rôle (page 103).

• Grâce à votre participation et à celle du directeur de l'école, votre enfant retrouve sa liberté de déplacement et sa place à l'école.

Géraldine et la phobie d'utiliser les toilettes de l'école

[image] Comment le trouble est apparu ?

Rappelez-vous (page 28) que Géraldine est restée prisonnière pendant plus de deux heures dans les toilettes de l'école suite à la mauvaise plaisanterie d'un camarade (événement traumatisant qui a déclenché la phobie, étape 1).

Ce traumatisme « déclencheur » favorise la construction de jugements inadéquats (pensées irrationnelles qui augmentent la peur, étape 2).

— « Je vais mourir étouffée ! »

— « Si je retourne aux toilettes, cela va se reproduire, je préfère éviter cet endroit et plutôt faire pipi dans la culotte ! »

Elle a subi une crise de panique avec agitation, suffocation et emballement du cœur (réactions non contrôlées du corps qui augmentent la peur, étape 3).

Cette peur non traitée et non exprimée par sa timidité et sa peur de représailles persiste, s'aggrave et se généralise à d'autres endroits lui faisant évoquer le premier : les toilettes publiques, celles des restaurants et même chez les camarades lors de fêtes d'anniversaire.

Elle les évite systématiquement (conduite d'évitement qui entretient la phobie, étape 4).

[image] Comment faire face ?

Plus votre enfant évite l'endroit phobique, plus il redoutera d'y retourner et perdra de liberté. Votre enfant doit donc se préparer à affronter la peur dans les endroits redoutés, mais selon un processus précis évitant une trop forte angoisse.

• Vous jouez le jeu et vous participez à la thérapie en respectant les principes de l'exposition progressive aux situations anxiogènes, à savoir :

— procédez par étapes ;

— élaboration d'une liste des différentes situations qui lui font peur ;

— votre enfant donne des notes à ses peurs (comme à l'école) de 1 à 10 ;

— participez aux exercices.

• Vous lui apprenez à contrôler le rythme respiratoire même lorsqu'il ressent des sensations bizarres dans son corps : le cœur qui bat trop vite, les jambes qui flageolent et la sensation de suffoquer.

• Voici les exercices établis et proposés à partir de la liste des peurs de Géraldine (hiérarchie des peurs, page 97) :

— Restaurant « fast-food ». 10 heures du matin. Peu de monde. Géraldine et sa maman rentrent ensemble dans les toilettes.

Géraldine vérifie trois fois le bon fonctionnement du verrou. Contrôle de la respiration. Estimation du degré de peur. Sortie autorisée lorsque le chiffre se rapproche de zéro.

— Même endroit. Vérification du bon fonctionnement du verrou par la maman. Géraldine entre seule dans les toilettes. Sa maman reste devant la porte et lui parle. Géraldine vérifie trois fois le bon fonctionnement du verrou puis reste à l'intérieur jusqu'à la disparition de la peur.

Géraldine entre seule dans les toilettes et la maman s'installe à une table du restaurant proche de l'entrée des toilettes.

— Cour de récréation de l'école l'après-midi. Géraldine prévient la maîtresse qu'elle doit se rendre aux toilettes. Elle demande à sa meilleure amie de l'accompagner. Elle ouvre la porte et avant d'entrer vérifie trois fois le bon fonctionnement du verrou. Elle entre dans les toilettes et le vérifie de nouveau trois fois. Contrôle respiratoire. Elle fait pipi normalement. Elle quitte les toilettes au niveau proche de zéro de l'angoisse.

— Même exercice, mais sans son amie.

— Elle rentre à la maison et est félicitée par ses parents.

Parallèlement à ces exercices dans la réalité, Géraldine a participé à des séances de thérapie de groupe d'affirmation de soi pour lui apprendre à communiquer correctement et sans timidité ses sentiments et répondre sans agressivité ni passivité lorsqu'elle se fait critiquer par certains élèves de sa classe.

Quand on s'intéresse de près à la question de l'apprentissage de la propreté chez l'enfant, on est impressionné par le nombre d'enfants souffrant de cette peur d'aller aux toilettes, en particulier à l'école, créant parfois des troubles plus graves débouchant parfois sur une dépression et, en tout cas, sur un sentiment de honte très fort et une perte d'estime de soi.

Les thérapies cognitives et comportementales sont particulièrement efficaces dans ces troubles et, la plupart du temps, il suffit de deux à trois séances pour obtenir une guérison définitive.

Sophie et la phobie de l'endormissement

Je reprends l'exemple de Sophie qui souffre de phobie de l'endormissement (voir page 31).

[image] Comment le trouble est apparu ?

Comme dans l'exemple précédent, vous émettez l'hypothèse qu'un événement a au départ déclenché une peur excessive : un dessin animé avec une séquence très impressionnante pour un enfant de cet âge (événement traumatisant qui a déclenché la peur, étape 1).

La généralisation de la peur à d'autres situations est rapide : la peur de se mettre au lit puis de s'endormir seule, puis de s'endormir sans lumière, la porte de la chambre ouverte, puis de dormir dans sa propre chambre.

Elle imagine dans sa tête les pires catastrophes sans aucune nuance possible malgré vos paroles rassurantes (pensées irrationnelles qui augmentent sa peur, étape 2).

Elle devient pâle, elle transpire et son cœur bat la chamade (réactions inhabituelles du corps qui augmentent la peur, étape 3).

De façon naturelle, vous protégez votre enfant en acceptant de dormir dans sa chambre. En attendant son endormissement, vous l'acceptez dans votre lit, craignant la crise de panique avec hurlements (conduites d'évitement qui entretiennent la phobie, étape 4).

Cet apprentissage de la peur par la surprotection est très fréquent, très insidieux et rapide chez l'enfant qui ne s'en rend pas compte.

Les parents sont vite inquiets pour la santé de l'enfant qui devient pâle et dont le cœur bat la chamade lors des crises de panique : « Elle pourrait faire un arrêt cardiaque ! »

Il faut agir vite et efficacement, car ce « petit » trouble peut rapidement avoir des conséquences négatives sur la vie sociale de l'enfant mais également sur l'entente des parents, et vous risquez de ne plus adopter la même attitude éducative.

Alors que faire ?

[image] Comment faire face ?

La peur exagérée de l'enfant a été « apprise » de cette façon et elle peut donc « se désapprendre ». Pour guérir de cette peur « apprise » en parcourant les différentes étapes du chemin représenté sur le tableau, il vous suffira de les lui faire parcourir en sens inverse. La peur panique inaugurale de Sophie s'est déclenchée par observation passive d'un « modèle » : elle regarde la scène d'une petite fille endormie alors qu'il y a un incendie dans sa maison.

• Vous invitez à la maison sa meilleure amie un samedi soir pour passer la soirée et la nuit à dormir avec elle dans sa chambre sans votre présence.

• Son amie a été mise au courant des difficultés de Sophie et est prête à l'aider (apprentissage d'un comportement adapté par imitation d'un modèle).

• L'après-midi, Sophie a regardé la cassette avec la séquence de l'incendie en compagnie de son amie sans quitter la pièce et est restée jusqu'à la fin du film : ce qui lui a permis de constater que les pompiers sont arrivés à temps pour la sauver et que le film se termine bien (thérapie cognitive).

• Elle apprend à contrôler sa peur. Lors de la consultation, je lui apprends en présence de ses parents les exercices de base de la relaxation (page 99) pour lui permettre de contrôler sa respiration en posant la main sur la poitrine pour éviter une respiration trop rapide. Elle écoute le bruit des battements de son cœur avec mon stéthoscope et compte les pulsations en compressant le poignet. L'évocation dans sa tête de l'image de l'incendie accélère effectivement le nombre de battements, mais Sophie constate qu'il diminue progressivement au bout de quelques minutes lorsqu'elle respire calmement (exposition progressive en imagination aux situations anxiogènes, page 94).

• Après ce premier exercice de confrontation avec la séquence angoissante en présence de son amie, elle regarde une deuxième fois la séquence, seule cette fois.

• La nuit avec son amie dans la chambre sans lumière et la porte fermée s'est déroulée sans cauchemar et la journée du dimanche s'est passée agréablement. Le dimanche soir, elle a pu dormir seule dans sa chambre (exposition progressive dans la réalité aux situations anxiogènes).

• Tout en suivant ce programme, collez une gommette bleue chaque matin sur un tableau pour récompenser votre enfant de sa réussite, de même que vous collez d'autres gommettes pour l'accomplissement d'autres tâches comme par exemple :

— je range ma chambre ;
— je débarrasse la table ;
— je fais mon travail scolaire ;
— etc.

Ce tableau est la base de la stratégie appelée « économie de jetons » (page 115), qui vous permet de ne pas fixer toute votre attention uniquement sur la peur de l'endormissement de votre enfant – ce qui risquerait de l'angoisser encore plus –, mais de la rendre plus autonome dans les activités à la maison et à l'école.

Lors de la dernière consultation, Sophie a montré fièrement son tableau rempli de gommettes bleues qu'elle a pu échanger contre une récompense bien méritée !

À partir de cet exemple, vous pouvez déjà vous rendre compte que découvrir la cause déclenchante ne suffit pas. Il faut exposer l'enfant dans la situation de peur en lui proposant des exercices appropriés.

Agathe et la phobie des chiens

[image] Comment le trouble est apparu ?

Je reprends l'exemple d'Agathe (voir page 33).

Les trois premières étapes de l'installation du trouble sont évidentes.

L'attaque et la morsure par le chien (événement qui a déclenché la phobie, étape 1) provoquent évidemment la peur panique épouvantable de mourir (pensée irrationnelle qui augmente la peur, étape 2) et une crise incontrôlable de tachycardie et de suffocation (réactions du corps qui augmentent la peur, étape 3).

Par la suite, il est évident également que le mécanisme de généralisation de la peur à tout ce qui peut évoquer dans sa tête le mot « chien » (conduites d'évitement qui entretiennent la peur, étape 4) fait naître chez elle une réaction d'anxiété telle qu'elle est obligée de quitter le lieu immédiatement.

C'est malheureusement ce qui s'est passé progressivement à l'école où elle se réfugie plusieurs fois par jour à l'infirmerie en quittant brusquement la classe, et, bien naturellement, les parents viennent donc régulièrement la chercher.

Le directeur de l'école, au courant de la situation, a proposé aux parents de l'inscrire au CNED pour cette année et de la garder à la maison.

Ils sont sur le point d'accepter, mais la psychologue scolaire qui s'occupe d'Agathe a pensé fort judicieusement au risque d'isolement social et a conseillé une thérapie comportementale et cognitive tout en continuant à la suivre régulièrement.

[image] Comment faire face ?

Votre implication et celle du directeur de l'école sont nécessaires.

• Dans un premier temps, pour cette situation phobique extrêmement sévère, je conseille l'exposition progressive aux situations anxiogènes, d'abord en imagination (page 94) à partir de l'établissement de la hiérarchie des peurs classées par ordre décroissant sur l'échelle des peurs.

— Un chien non tenu en laisse qui court près de son maître
— Un chien tenu en laisse quelle que soit sa taille
— Un chien tenu en laisse même très éloigné
— Une photo de chien dans un magazine
— Un chien qui aboie dans un jardin que votre enfant voit par le grillage
— Un chien qui aboie dans un jardin que votre enfant ne peut pas voir
— Se rendre à l'école avec le car de ramassage
— Un vêtement en cuir ressemblant à une peau de chien

• Avant de commencer la séance, j'apprends à Agathe à contrôler

sa respiration et à contrôler les aspects physiques de sa peur, en particulier les battements du cœur et la transpiration de ses mains par la relaxation musculaire (page 99). Je lui apprends cette technique en présence de ses parents et j'enregistre la séance avec ma voix sur une cassette audio afin qu'elle puisse l'écouter et pratiquer à la maison seule ou avec ses parents.

• Les étapes sont toutes franchies et ensuite je propose d'effectuer les mêmes exercices mais cette fois à partir de photos tirées d'un livre illustré sur les chiens. Pendant chaque exercice, Agathe estime au départ son degré de peur maximale [de 1 à 10] et ne détache son regard de la photo qu'après avoir atteint le niveau 1. Ensuite, pour chasser ses pensées irrationnelles, elle lit plusieurs extraits de livre sur la vie des chiens de différentes races et les conseils donnés par les éleveurs et les dresseurs de chiens pour éviter de se faire mordre et attaquer ! (thérapies cognitives, page 106). Je profite de la visite d'une de mes patientes qui ne quitte jamais son bichon pour introduire des expositions progressives aux situations anxiogènes dans la réalité. Sous relaxation dans mon cabinet, elle entend le chien aboyer dans la salle d'attente. Ensuite elle descend, s'assied en face de la dame qui caresse son chien (apprentissage par imitation). Ses parents l'accompagnent alors dehors et elle regarde les chiens se promener avec leurs maîtres.

• Finalement, Agathe réussit à reprendre le car scolaire et, avec l'aide du directeur et des enseignants, elle a réintégré l'école.

Laura et la phobie des piqûres d'un docteur

[image] Comment le trouble est apparu ?

Séance de vaccination : le docteur prend la seringue pour l'introduire dans l'épaule de Laura (événement qui déclenche la phobie, étape 1).

Suit une pensée irrationnelle qui augmente sa peur (étape 2) : « L'aiguille va se casser dans mon corps. »

Elle crie, elle suffoque, ses jambes flageolent et son cœur bat très fort et contracte le bras (réaction du corps qui augmente sa peur, étape 3).

Par la suite, Laura se débat et veut quitter la salle.

Le médecin propose de remettre à plus tard la vaccination, et sa maman décide d'oublier cet événement (conduite d'évitement qui entretient la peur, étape 4).

[image] Comment faire face ?

Voici les grandes lignes de la prise en charge que j'ai proposée à Laura avec l'aide de ses parents et d'une infirmière libérale et que vous pouvez reproduire pour accompagner votre enfant s'il présente

ce type de trouble.

• D'abord une séance pour permettre à Laura de mieux contrôler les effets physiques du déclenchement de la peur, comme j'en ai déjà parlé, sous forme de jeux :

— le contrôle respiratoire pour éviter l'hyperventilation et la tachycardie ;

— l'écoute des battements du cœur et la prise du pouls sous forme de jeux : jouer au docteur ;

— se rendre compte de la possibilité de contrôler l'accélération des battements du cœur et du pouls sans « tomber dans les pommes ».

• Je tente de lui faire exprimer d'éventuelles pensées irrationnelles mais en vain. Je n'insiste pas, de peur de la troubler et de lui faire perdre confiance.

• Je propose ensuite des séances d'apprentissage par imitation d'un modèle :

— avec sa meilleure copine qui n'a pas peur des piqûres du docteur comme « modèle » : jouer à l'infirmière et au malade avec des seringues issues d'une boîte de jeu.

• Ensuite séances d'exposition progressive dans la situation anxiogène :

— retourner chez le médecin de famille pour une autre raison que la vaccination ;

— prévoir la date du prochain rendez-vous pour faire la vaccination le jour précis.

Voilà les principales étapes qui ont permis à Laura de pouvoir de nouveau se faire vacciner par son docteur.

Théo et le trac de parler devant la classe

[image] Comment le trouble est apparu ?

Théo m'explique que le professeur de mathématiques, lors du premier cours de l'année, a imposé une nouvelle méthode qui lui a fait très peur (événement qui a déclenché la phobie, étape 1) :

— le professeur ne donne pas lui-même le cours, ce sont les élèves qui à tour de rôle exposent la leçon du jour aux autres élèves à partir du manuel scolaire ;

— le professeur s'assied dans la classe à la place de l'élève qui prend sa place au tableau – les rôles sont inversés ;

— les élèves sont choisis au hasard dans la liste alphabétique.

Théo est rentré à la maison extrêmement anxieux mais n'a rien dit à ses parents : s'imaginer parler devant toute la classe, obligé de croiser le regard non seulement des autres élèves mais en prime celui

du professeur de mathématiques avait déclenché une obsession l'empêchant de se mettre au travail et de passer une bonne nuit (pensée irrationnelle qui augmente la peur, étape 2).

Au début de chaque cours de mathématiques, quand le professeur pointait le crayon dans la liste alphabétique pour choisir le nom de l'élève, il ressentait les battements de son cœur s'accélérer et avait la sensation d'étouffer (réaction du corps qui augmente la peur, étape 3).

Pourtant, il connaissait pratiquement le cours par cœur tant il passait du temps à le préparer au détriment des autres matières, mais rien n'y faisait : il était figé sur son siège !

Le jour où il fut désigné pour présenter la leçon qu'il connaissait pourtant par cœur, ce fut la catastrophe : il resta muet devant toute la classe et se sentit rougir.

Le professeur s'énerva car Théo avait un léger sourire anxieux sous forme d'un rictus que le professeur prit pour du mépris et lorsqu'il lui demanda s'il avait préparé la leçon, Théo répondit simplement : non.

Ce fut le début de sa phobie non seulement du cours de mathématiques mais progressivement de tous les autres enseignants et par la suite pratiquement dans toutes les autres situations sociales (conduites d'évitement qui entretiennent la peur, étape 4).

[image] Comment faire face ?

À partir de cette analyse, j'ai proposé à Théo au cours des séances suivantes, avec l'aide de ses parents, les stratégies thérapeutiques suivantes :

• Apprentissage de la relaxation avec contrôle de la respiration (voir page 99) lorsqu'il évoque des situations redoutées comme parler devant la classe au cours d'histoire puis au cours de mathématiques.

• Effectuer des jeux de rôle en famille avec ses parents et sa sœur comme « spectateurs » : il fait semblant d'être en classe et récite la leçon d'histoire puis de mathématiques devant eux. Il croise volontairement un à un le regard de chacun des « spectateurs » pendant l'exposé.

• Plusieurs fois par jour il se regarde dans un miroir et évite de sourire avec un rictus anxieux pouvant prêter à confusion et faire évoquer à l'interlocuteur qu'il le méprise (alors qu'il ne s'agit que d'un réflexe musculaire d'anxiété !).

• Le père l'enregistre au magnétoscope pendant quelques minutes alors qu'il a l'impression de rougir : il se revoit après et constate qu'il n'en est rien.

• Il a participé à deux séances de thérapie de groupe au cabinet avec d'autres adolescents timides qu'il ne connaissait pas et a pu se présenter et s'exprimer sans crise de panique ni trouble respiratoire.

• Et, enfin, il lui a été demandé de lever volontairement la main pour répondre à des questions aux cours d'histoire et de mathématiques (expositions dans les situations anxiogènes dans la réalité).

• Les parents ont pris rendez-vous avec le professeur de mathématiques pour le mettre au courant de la situation. Celui-ci a pu rectifier l'opinion qu'il avait de Théo, qui a pu participer normalement à son enseignement.

• L'effet thérapeutique s'est d'ailleurs « généralisé » dans d'autres situations sociales comme les soirées d'anniversaire, les fêtes de famille et d'autres réunions avec beaucoup de monde.

Jules et la timidité dans un groupe

[image] Comment le trouble est apparu ?

Les prises de parole en anglais devant la classe sont notées par les délégués de classe. Lorsqu'il est interrogé pour la première fois, il bafouille ! (événement qui a déclenché la phobie, étape 1).

Comme c'est fréquemment le cas chez les préadolescents et adolescents, cette première crise d'angoisse est associée à des pensées irrationnelles qui augmentent la peur (étape 2) et des réactions du corps (étape 3) qui ne font qu'augmenter la peur et entraînent de plus en plus la généralisation à pratiquement toutes les situations sociales (conduite d'évitement, étape 4).

Jules déprimait de plus en plus et la directrice, sur la demande des professeurs, et avec l'accord de ses parents, prit contact avec la psychologue scolaire qui diagnostiqua une timidité exagérée à prendre la parole dans un groupe.

[image] Comment faire face ?

• Elle conseilla les parents de le faire suivre en thérapie de groupe par une approche comportementale et cognitive qui consiste à bien « cibler » les comportements inadaptés à changer.

Voici quelques exemples repérés chez Jules :

— Jules parle à voix trop basse et sur un ton monocorde ;
— il ne regarde pas l'interlocuteur dans les yeux ;
— il n'ose pas commencer ses phrases par « je » ;
— il utilise des phrases trop longues et ne respire pas correctement en s'arrêtant de temps en temps.

• L'étape suivante a consisté à faire des jeux de rôle entre lui et moi dès qu'il a pu se détendre et se décontracter après quelques séances de relaxation musculaire. Mais vous pouvez tout à fait effectuer ces exercices vous-même avec votre enfant. Je faisais semblant d'être son voisin de table en classe lors du premier jour

d'école et il devait faire connaissance avec moi : « Bonjour, je m'appelle Jules, j'aime beaucoup les jeux vidéo, mais je n'aime pas apprendre les leçons d'anglais et toi ? » Je lui fis répéter plusieurs fois ce petit texte. Il apprit à regarder dans les yeux en s'exprimant d'une voix claire avec un sourire adapté et des gestes de la main exprimant de l'intérêt pour son interlocuteur.

• Il accepta après discussion d'être filmé au caméscope pour se revoir jouer certaines scènes afin de corriger progressivement certains défauts (rétroaction visuelle).

• Vous verrez plus loin que j'insisterai beaucoup sur l'utilisation des signes de la communication non verbale chez l'adolescent timide : ils sont très gauches dans leur mouvement et cela rend parfois leur interlocuteur également mal à l'aise, ce qui ne favorise pas la poursuite de la conversation.

• Jules devenu beaucoup plus décontracté en relation duelle, je lui ai proposé des séances de thérapie de groupe d'affirmation de soi réunissant sept adolescents présentant à peu près les mêmes difficultés de communication que lui. Au cours de ces séances hebdomadaires, Jules a pu améliorer ses capacités de communication dans les situations suivantes :

— faire connaissance avec une personne inconnue et développer les signes de communication non verbale ;
— reconnaître les modes de communication inadaptés : loup, « toutou », marchand et clown, adopter et pratiquer le mode de communication « assertive » : le koala ;
— apprendre à faire des compliments ;
— apprendre à faire des critiques ;
— apprendre à recevoir des compliments ;
— apprendre à recevoir des critiques ;
— respecter l'interlocuteur et se faire respecter ;
— répondre aux insultes ;
— apprendre à prendre une décision.

• L'étape finale a consisté à inciter Jules à appliquer ces acquisitions dans la réalité :

— prendre volontairement la parole d'abord aux cours d'histoire puis pendant les cours d'anglais ;
— aborder et faire connaissance avec toutes les personnes inconnues à l'occasion de l'anniversaire de sa sœur ;
— entamer une discussion avec une jeune fille qui lui plaît dans la cour de récréation.

Manon et la phobie sociale

[image] Comment le trouble est apparu ?

Manon est paniquée lorsque ses parents invitent des amis à la maison (événement qui a déclenché la phobie, étape 1).

Elle en est devenue anorexique.

La personnalité extrêmement timide de Manon et son manque d'estime d'elle-même (pensée irrationnelle qui augmente la peur, étape 2) déclenchent des pleurs jusqu'à l'évanouissement (réaction du corps qui augmente la peur, étape 3).

Pourtant, ses parents lui ont donné la même éducation qu'à sa sœur qui ne présente pas de signes de timidité excessive… Mystère !

Manon refuse systématiquement de se rendre à toutes les réunions de famille et se cloître dans sa chambre (conduite d'évitement qui entretient la peur, étape 4).

[image] Comment faire face ?

Voici les principales étapes de la prise en charge de cette adolescente, qui lui ont permis de guérir de cette phobie sociale devenue extrêmement invalidante.

• La première étape, la plus urgente vous vous en doutez, fut de mettre en place un contrat de reprise de poids suffisamment long en accord avec les parents qui ont heureusement accepté la séparation, évitant un retour prématuré à la maison. Cette longue séparation fut très douloureuse pour elle et nécessita un traitement par antidépresseurs.

Les parents étaient pris en charge également pour les déculpabiliser et les soutenir : ils étaient mis au courant systématiquement des différentes stratégies proposées à leur enfant, mais ne devaient en aucun cas céder à la demande de Manon de quitter le service.

Les visites étaient limitées dans la fréquence et dans le temps en fonction de la prise de poids.

• Un poids normal atteint, Manon fut invitée à participer aux différentes prises en charge du service :

— Une séance quotidienne de psychothérapie comportementale et cognitive individuelle avec relaxation et apprentissage des stratégies d'affirmation de soi, car ses propos confirmaient un réel manque d'estime de soi.

— La participation à des activités ludiques en groupe avec d'autres adolescents du service à l'atelier d'ergothérapie où elle pouvait se rendre compte qu'elle n'était pas un cas unique à souffrir de ce trouble.

— Des séances de thérapie de groupe avec une dizaine d'adolescents soit hospitalisés comme elle, soit sortis de l'hôpital mais suivis encore régulièrement en consultation externe.

— Des séances de thérapie familiale avec ses parents afin de

poursuivre l'application de ces stratégies à la maison.
— La fréquentation de la classe organisée par un instituteur spécialisé dans le service lui permettant de se réadapter au retour à l'école.
— Des permissions d'essai le week-end chez ses parents.
— En accord avec le directeur de l'école et accompagnée par le psychologue du service, passer une journée dans son école.
— La sortie définitive avec un suivi individuel et familial régulier en consultation.

La prise en charge fut longue et progressive mais le résultat obtenu le justifiait.

Je vous parle de Manon pour vous montrer à quel point il faut prendre en charge rapidement la timidité exagérée des enfants pour leur éviter ce qui lui est arrivé.

Lola et la peur de subir un malaise et de perdre le contrôle

[image] Comment le trouble est apparu ?

L'attaque de panique dans la salle de cinéma, c'est-à-dire un endroit fermé d'où on ne peut pas sortir rapidement et qui peut provoquer des réactions des autres personnes, constitue l'événement qui a déclenché la phobie (étape 1).

Le déclenchement d'une crise de panique avec sensation de mourir et de devenir folle (pensée irrationnelle qui augmente la peur, étape 2), respiration haletante provoquant la perte du contrôle de soi avec tachycardie, transpiration et mains moites (réactions du corps qui augmentent la peur, étape 3) conduit rapidement à l'évitement de toutes les situations d'où Lola ne peut pas sortir rapidement (conduite d'évitement, étape 4).

[image] Comment faire face ?

Les différentes étapes de la thérapie de Lola sont les suivantes :

• Lola apprend la relaxation musculaire et le contrôle respiratoire en s'imaginant d'abord dans une situation agréable puis dans diverses situations de plus en plus désagréables d'où on ne peut pas sortir rapidement (ascenseur, grande surface…).

• Elle apprend à supporter une hyperventilation forcée provoquant un début de crise de panique en présence du thérapeute et s'aperçoit qu'elle est capable de retrouver le calme et la sérénité.

• Avec ses parents, elle s'expose à différentes situations réelles (faire des courses dans une grande surface…).

• Elle aborde ensuite seule ces mêmes lieux angoissants.

Grâce à la collaboration de ses parents, elle peut donc à présent retrouver sa liberté et son intégration à l'école.

Aymeric et la phobie scolaire par refus anxieux

[image] Comment le trouble est apparu ?

Voici les différentes étapes de l'histoire du trouble :

• Depuis le CP, Aymeric souffre d'hyperactivité avec déficit de l'attention : il ne tient pas en place, dérange les enseignants et ses camarades, ses cahiers sont mal tenus et son écriture parfois illisible (étape 1, événements qui ont déclenché la phobie).

• Il est rejeté des groupes d'enfants dans la cour de récréation, à la cantine personne ne veut s'asseoir près de lui, à la maison il a l'impression que ses parents n'ont pas la même attitude éducative qu'avec son frère et il n'ose pas en parler (étape 2, pensée irrationnelle qui augmente la peur).

• Il panique et il a des malaises car il doit payer ses « racketteurs » pour ne pas être rejeté (étape 3, réaction du corps qui augmente la peur).

• Il refuse de se rendre à l'école et s'invente des maladies (conduite d'évitement qui entretient la peur, étape 4).

• Il déprime.

[image] Comment faire face ?

J'explique à Aymeric et à ses parents les différentes stratégies que je vais proposer pour lui permettre de vaincre sa phobie scolaire.

Voici un résumé de ce qui s'est passé au cours des dix séances à raison d'une séance par semaine, et que vous pouvez reprendre avec votre enfant.

• D'abord déculpabiliser la maman et l'enfant en supprimant leurs pensées irrationnelles (thérapie cognitive). J'explique que l'hyperactivité n'a pas de cause psychologique et n'est pas due à des erreurs éducatives. Je leur conseille l'achat de deux livres (bibliothérapie) qui leur permettront de tout savoir sur ce trouble et je leur propose, après lecture de ces ouvrages, de mettre en route la fois suivante un traitement médicamenteux spécifique à l'hyperactivité pathologique chez l'enfant.

• J'explique à l'enfant que je vais lui apprendre à trouver le bon comportement avec ses « racketteurs » : ne pas se bagarrer avec eux pour se retrouver puni à leur place, ne pas s'écraser devant eux (thérapie d'affirmation de soi). C'est le comportement du koala. Je lui explique que le koala respecte ses camarades, mais se fait respecter par eux sans se bagarrer ni fuir. C'est l'inverse du comportement « marchand » qu'il est devenu puisqu'il « achète » avec de l'argent sa

participation aux jeux collectifs. Cet apprentissage d'une communication plus adaptée se fera sous forme de jeux de rôle d'abord entre lui et moi puis en thérapie de groupe et également à la maison.

• Pour diminuer son appréhension avant les exercices, je lui propose la technique de relaxation.

• J'explique également aux parents qu'il me paraît très important, afin d'améliorer son estime de soi, de lui faire passer un test de mesure de son intelligence pour lui montrer et montrer aux autres qu'il n'est pas bête, et un bilan orthophonique pour vérifier qu'il n'est pas « dyslexique ».

• Je conseille à la maman de parler à son mari de la stratégie de l'économie de jetons (voir page 115) permettant d'avoir une attitude éducative cohérente vis-à-vis d'Aymeric et de ne plus focaliser toute leur attention sur le seul problème scolaire, mais sur d'autres comportements à la maison en lui donnant des responsabilités ainsi qu'à sa sœur.

• Sur ma demande, le père accompagne Aymeric avec son épouse et sa fille Mathilde à la deuxième séance et l'atmosphère est déjà moins tendue : la maman a lu les livres recommandés et mis en place le tableau de l'économie de jetons qui a commencé à porter ses fruits.

• Les rendez-vous chez une psychologue pour les tests d'intelligence et chez une orthophoniste ont été programmés, et les parents sont d'accord pour donner le médicament.

• Aymeric apprend sans difficulté à contrôler sa respiration et les battements de son cœur par la relaxation, et les jeux de rôle lui permettent de s'imaginer de nouveau à l'école sans trop d'angoisse.

• Il est décidé en famille du retour d'Aymeric à l'école le jour de la rentrée scolaire après les vacances de la Toussaint vu le résultat positif du médicament sur sa capacité de concentration pendant les devoirs à la maison et sa capacité à rester enfin assis à table lors des repas familiaux. Le directeur de l'école a été mis au courant de cette prise en charge ainsi que du « racket » des deux grands de quatrième. Deux jours avant la rentrée, le papa d'Aymeric l'accompagne aux abords de l'école pour le mettre « dans le bain » et lui apprendre à contrôler sa respiration et ses pensées négatives comme je le leur ai recommandé.

La rentrée s'est bien déroulée sans incidents et par la suite la confirmation de son niveau d'intelligence « nettement au-dessus de la moyenne » et de l'absence de trouble de l'écriture par les spécialistes lui ont donné confiance en lui-même. Le bulletin suivant indiquait pour la première fois : « A fait de nets progrès de concentration et ne perturbe plus la classe. À poursuivre. »

Le motif de consultation pour « vraie » phobie scolaire est très fréquent.

Les causes sont très diverses et nécessitent une véritable « enquête policière » pour découvrir le lieu, les élèves, les enseignants, les matières scolaires, les difficultés d'apprentissage, la réaction des parents et les difficultés propres à l'enfant pouvant être à l'origine du trouble.

La prise en charge doit être rapide et utiliser des stratégies efficaces pour éviter des conséquences parfois dramatiques : dépression grave pouvant aller jusqu'à des idées de suicide.

Jonathan et la phobie scolaire par anxiété de séparation

[image] Comment le trouble est apparu ?

La maman de Jonathan, elle-même phobique sociale, a tendance à le mettre en garde contre l'environnement extérieur (événements qui ont déclenché la peur, étape 1).

Un jour, Jonathan voit des grands du lycée se battre violemment contre un garçon de son âge dans l'enceinte de son collège et imagine qu'il pourrait être à sa place (pensée irrationnelle qui augmente la peur, étape 2).

Il pâlit, a des sueurs, se sent mal et a l'impression qu'il va s'évanouir (étape 3, réactions du corps qui augmentent la peur).

Il rentre à la maison sans prévenir les responsables et refuse de retourner à l'école (conduite d'évitement qui entretient la peur, étape 4).

Depuis il présente des troubles physiques le matin pouvant aller jusqu'à des signes de méningite et a dû être hospitalisé.

[image] Comment faire face ?

Voici les principales étapes de la prise en charge proposée pendant son hospitalisation.

• Le plus urgent est de traiter non seulement l'anxiété de séparation de l'enfant mais également la phobie sociale de la maman, qui a donc été prise en charge individuellement par un psychologue du service puis en thérapie familiale avec son fils Jonathan.

• L'hospitalisation quelque peu « forcée » par la suspicion de méningite a permis à Jonathan de retrouver des contacts sociaux de son âge : manger avec d'autres adolescents, jouer au baby-foot dans la salle de jeux du service, jouer à des jeux de société (apprentissage par imitation).

• Le psychologue du service lui a appris les techniques de contrôle de la respiration et les bases de la relaxation musculaire.

• Les visites de la maman étaient de plus en plus espacées pour permettre à Jonathan d'affronter progressivement l'angoisse de séparation avec les moyens « cognitifs » enseignés par le psychologue.

• Il fut rapidement inscrit dans une classe de l'école du service tenue par un enseignant spécialisé pour lui permettre de rattraper son retard scolaire.

• Il participa à des séances de thérapie de groupe avec d'autres adolescents de son âge hospitalisés pour les mêmes raisons que lui.

• Sa maman et lui faisaient des progrès dans le même sens puisqu'elle profita de cette séparation pour retrouver un travail.

• Vers la fin du séjour, le psychologue lui-même accompagna Jonathan un matin dans sa classe à l'école après avoir eu l'accord du directeur et de son professeur principal qui a prévenu les élèves (exposition dans la situation anxiogène). Jonathan avait préparé avec le psychologue une phrase apprise par cœur (thérapie d'affirmation de soi) pour répondre à la question, probable et redoutée, de ses camarades : « Pourquoi tu étais absent ? » : « Je te remercie d'avoir pensé à moi pendant mon absence : je suis tombé malade, j'ai été hospitalisé, maintenant je suis guéri et je peux à nouveau jouer avec les copains. »

Jonathan a quitté le service où il revint une fois par mois pour achever la thérapie familiale.

Cet exemple montre encore une fois à quel point il faut agir rapidement pour guérir les phobies scolaires qui peuvent handicaper la vie familiale. L'approche nécessite parfois, comme ici, une hospitalisation et une prise en charge globale de la famille.

Chapitre 5
L'aide d'un professionnel

Vous avez appliqué les principes thérapeutiques décrits dans ce livre à votre enfant, mais vous trouvez que les résultats tardent à venir : n'hésitez pas à demander l'aide d'un professionnel.

Comment préparer le premier rendez-vous

Vous pouvez préparer votre premier rendez-vous en faisant une synthèse des éléments importants à partir :

— du carnet de santé,
— des bulletins scolaires,
— des bilans éventuels des autres prises en charge déjà réalisées : orthophonie, psychomotricité, résultats des tests de mesure de l'intelligence…

Retirez-en les faits importants sans vous noyer dans les détails.

Demandez à votre enfant de répondre aux échelles comportementales (page 67) et remplissez le tableau de l'analyse fonctionnelle en quatre étapes (page 131) selon vos observations.

Comment se déroule le premier entretien

Personnellement, j'opte pour le déroulement de la première séance en trois temps :

— je vois votre enfant en votre présence ;
— je reste seul avec votre enfant pendant que vous regagnez la salle d'attente ;
— je vous réunis de nouveau pour conclure et établir un « contrat thérapeutique écrit et signé » si nécessaire.

Premier temps : toute la famille

Imaginons que vous venez avec votre enfant et votre conjoint.

J'ai l'habitude de faire asseoir l'enfant entre vous et de disposer devant lui du matériel de dessin afin de le mettre à l'aise en l'occupant.

Je prends quelques notes en suivant votre analyse fonctionnelle

en quatre étapes et le dépouillement des échelles comportementales.

Je précise d'emblée pour vous déculpabiliser : « Je ne cherche pas un coupable responsable du trouble de votre enfant, mais comment vous allez pouvoir agir pour l'aider à s'en débarrasser. »

Je vous demande ensuite de regagner la salle d'attente et de remplir éventuellement d'autres questionnaires en fonction du trouble de l'enfant.

Deuxième temps : votre enfant seul

Je laisse dessiner votre enfant, puis lui demande quelques précisions sur ses peurs à partir de l'échelle comportementale d'anxiété phobique.

Le fait de lire un questionnaire permet à l'enfant de se détendre et de vaincre son éventuelle timidité de parler seul avec une personne qu'il ne connaît pas.

Troisième temps : toute la famille

Le troisième temps avec votre retour de la salle d'attente se déroule à peu près de la façon suivante :

• On dessine sur un tableau le schéma des quatre étapes de l'analyse fonctionnelle et des stratégies thérapeutiques correspondantes.

• On établit un « contrat thérapeutique écrit et signé » entre vous et votre enfant, qui sera la « feuille de route » à suivre jusqu'à la prochaine consultation si nécessaire. Ce contrat écrit comporte les engagements de l'enfant et les engagements des parents avec en cas de réussite les choix des récompenses (renforçateurs) et la date à laquelle un nouveau bilan sera effectué.

Cette méthode par contrat est particulièrement pertinente si vous êtes des parents divorcés vivant séparément ou lorsque votre enfant part en vacances chez d'autres personnes afin de favoriser un suivi continu de la thérapie, de même si votre enfant fréquente un internat scolaire pendant la semaine. Votre participation en tant que parents et celle de la fratrie sont souvent nécessaires et parfois indispensables pour guérir les peurs de votre enfant, mais malheureusement il existe parfois des conflits familiaux empêchant cette cohérence éducative. Lorsque les parents sont impliqués dans le processus de changement, on obtient des résultats positifs plus rapidement.

Votre investissement permet également de vous déculpabiliser, vous, parents, de ne plus vous sentir responsables des peurs de votre enfant.

De son côté, l'enfant, en pouvant se confier librement à ses parents et aux professionnels, a l'impression d'être compris et, bien

souvent, le changement commence ainsi.

Qu'est-ce que la thérapie familiale ?

Des équipes pédopsychiatriques proposent de vous rencontrer avec votre enfant et éventuellement d'autres membres importants de la famille (sœurs, frères, grands-parents…).

Cette thérapie est indiquée lorsque le trouble de l'enfant engendre des conflits familiaux graves qui ne peuvent se résoudre lors d'une consultation ordinaire. Elle a comme but de laisser la parole à tous les membres de la famille et principalement à ceux qui n'ont pas l'occasion de la prendre. Cela permet de découvrir des conduites qui peuvent entretenir le trouble depuis parfois de longues années.

Les médicaments

Les « calmants » appelés par les professionnels anxiolytiques et principalement les benzodiazépines sont à déconseiller, car ils suppriment la peur passagèrement, mais ne traitent pas le fond du problème.

Or malheureusement la France détient le record du monde de prescription de benzodiazépines chez l'adulte et elle est aussi de pratique courante chez l'enfant.

Ce n'est pourtant pas logique de les utiliser dans le traitement des phobies puisque l'enfant doit apprendre à maîtriser lui-même sa peur en s'exposant dans des situations anxiogènes. Si la peur est atténuée par les anxiolytiques, l'efficacité de l'exercice est nulle. Rappelons également que les benzodiazépines rendent l'enfant dépendant et qu'à la longue il faut augmenter la dose.

Il est préférable, quand c'est nécessaire, de donner des antidépresseurs, qui peuvent être utilisés plus longtemps sans dépendance et permettent à l'enfant d'oser affronter les situations de peur. En même temps, le fond dépressif réactionnel au trouble phobique est traité également.

Je précise toutefois que les antidépresseurs ne sont à utiliser qu'exceptionnellement et avec prudence dans le cadre de troubles phobiques graves, notamment dans les phobies scolaires avec absentéisme prolongé.

Conclusion

Une fois faite la différence entre une peur passagère et normale chez un enfant et une véritable peur intense avec évitement, une phobie, le plus important est de la prendre en charge rapidement.

En effet, si une phobie n'est pas traitée rapidement, elle peut rendre l'enfant dépressif et entraîner, on l'a vu, de graves conséquences sur le plan social et notamment sur le plan scolaire.

Rappelez-vous, vous n'êtes pas responsable de ces troubles chez votre enfant, et il n'est pas nécessaire de comprendre le « pourquoi » de leur existence. Cherchez plutôt à comprendre « comment » ils sont apparus afin de trouver les stratégies thérapeutiques adéquates pour les supprimer sans nécessairement remonter à la peur de la castration (Freud).

Par contre, la guérison des phobies implique obligatoirement la confrontation aux situations angoissantes, que ce soit en imagination ou dans la réalité. Mais cette exposition doit être progressive et passe par une longue préparation de votre enfant par des exercices. Cela implique votre participation pour déterminer les quatre étapes de l'analyse fonctionnelle.

Bibliographie

AYLLON T. et AZRIN N., *Traitement comportemental en institution psychiatrique*, Bruxelles, Mardaga-Dessart, 1973.

AZRIN N.H. et FOX R. M., *Voulez-vous un enfant propre ?*, Paris, Flammarion, 1977.

BANDURA A., *L'Apprentissage social*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1976.

BERG C.-J., RAPOPORT J.-L. et FLAMENT M., « The Leyton Obsessional Invotory-Child version », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 84-91, 1986.

CHNEIWEISS L. et TANNEAU E., *Maîtriser son trac*, Paris, Odile Jacob, 2003.

COTTRAUX J., BOUVARD M. et LÉGERON P., *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Paris, Éditions EAP, 1985.

ELLIS A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Lyle Stuart Press, 1962.

ELLIS A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Birch Lane Press, 1994.

ELLIS A., « The Basic Clinical Theory of Rational Emotive Therapy », *in* Ellis, A. et Grieger, R., *Handbook of Rational Emotive Therapy*, New York, Springer Publishing Company, 1977.

ÉMERY J.-L., *Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, Paris, Odile Jacob, 2003.

FANGET F., *Affirmez-vous ! Pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Odile Jacob, 2000, nouvelle édition 2002.

FREUD S., *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 2003, 23e édition.

GARBER M. D., GARBER S. W. et SPIZMAN R. F., *Les Peurs de votre enfant. Comment l'aider à les vaincre*, Paris, Odile Jacob, 1997.

GEISSMANN P. et DURAND de BOUSINGEN R., *Les Méthodes de relaxation,* Bruxelles, Éditions Charles Dessart, 1968.

GEORGE G., VERA L., *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Dunod, 1999.

GEORGE G., *Mon enfant s'oppose. Que dire ? Que faire ?*, Paris, Odile Jacob, 2002.

HAUTEKÈETE-SENCE D., RUSINEK S., HAUTEKÈETE M., « Une échelle des peurs de l'enfant (adaptation de la FSS-FC d'Ollendick) », traduction et analyse psychométrique, vingt-

quatrièmes journées scientifiques de la thérapie comportementale et cognitive, Paris, décembre 1996b.
LÉGERON P. et coll., « Thérapie par réalité virtuelle dans la phobie sociale : étude préliminaire auprès de 36 patients », *Journal de thérapie comportementale et cognitive,* 13 : 13-127, 2003.
LEVEAU J., GRIEZ E. et MAZEL J.-B., *Thérapies comportementales en psychiatrie*, Paris, Masson, 1989.
MACQUERON G. et ROY S., *La Timidité. Comment la surmonter,* Paris, Odile Jacob, 2004.
MAGEROTTE G., *Manuel d'éducation comportementale clinique*, Bruxelles, Pierre Mardaga, 1984.
MALCUIT et POMERLEAU A., *Terminologie en conditionnement et apprentissage.* Montréal, Presse Université du Québec, 1977.
MINUCHIN S., *Familles en thérapie*, Éditions universitaires, J.-P. Delarge, 1979.
MIRABEL-SARRON C., *La Dépression, comment en sortir,* Paris, Odile Jacob, 2002.
MOUREN-SIMÉONI M.-C., *La Psychopharmacologie chez l'enfant*, Presses universitaires de France, Paris, 1991.
OLLENDICK T. H., « Reliability and Validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R) », *Behavior Research and Therapy*, 21, 1983, p. 685-692.
RUSINEK S., HAUTEKÈETE-SENCE D. et HAUTEKÈETE M., « L'évolution des peurs à travers l'enfance à partir de l'échelle des peurs pour enfants (EPE) », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 1998, 8, 1, 17-25.
SABOURAUD-SÉGUIN A., *Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique ?*, Paris, Odile Jacob, 2001.
SAUTERAUD A., *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC*, Paris, Odile Jacob, 2000, nouvelle édition 2002.
SERVANT D., *Soigner le stress et l'anxiété par soi-même,* Paris, Odile Jacob, 2003.
SIMON Y. et NEF F., *Comment sortir de l'anorexie. Et retrouver le plaisir de vivre,* Paris, Odile Jacob, 2002.
VAN RILLAER J., « Une légende moderne : "les comportementalistes ne traitent que les symptômes" », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 14 : 3-7, 2004.
VAN RILLAER J., *Les Illusions de la psychanalyse,* Bruxelles, Mardaga, 1980, p. 217.
VAN RILLAER J., *Peurs, angoisses et phobies,* Paris, Bernet-Danilo, 1997.
VERA L., « Échelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP) », *Neuro-psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 44, 9-10,

429-438, 1996.
VERA L., *Mon enfant est triste. Comprendre et aider l'enfant déprimé,* Paris, Odile Jacob, 2001.
VERA L. et LEVEAU L., *Thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile,* Paris, Masson, 1990.
WIDLÖCHER D., *L'Interprétation des dessins d'enfants*, Bruxelles, Mardaga, 1974.
WOLPE J., *Pratique de la thérapie comportementale*, Paris, Masson, 1975.
WOLPE J. et LANG P. J., « A Fear Survey Schedule for Use in Behavior Therapy », *Behavior Research and Therapy,* 2, 27, 1964.

Pour en savoir plus

Les lecteurs qui désirent en savoir davantage pourront se référer aux ouvrages cités ci-dessous.

[image] **Sur les thérapeutes formés aux TCC**

AF-TCC, 100, rue de la Santé, 75014 Paris.

[image] **Sur les phobies chez l'enfant**

GARBER M. D., GARBER S. W. et SPIZMAN R. F., *Les Peurs de votre enfant. Comment l'aider à les vaincre*, Paris, Odile Jacob, 1997.

[image] **Sur les phobies**

ANDRÉ C., *Psychologie de la peur*, Paris, Odile Jacob, 2004.

ANDRÉ C. et LÉGERON P., *La Peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*, Paris, Odile Jacob, 2000.

[image] **Sur la timidité**

GEORGE G., VERA L., *La Timidité chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Dunod, 1999.

[image] **Sur l'affirmation de soi**

BOISVERT J.-M. et BEAUDRY M., *S'affirmer et communiquer*, Paris, Éditions de L'Homme, 1979.

[image] **Sur le stress et l'anxiété**

ELLIS A., *Dominez votre anxiété avant qu'elle ne vous domine,* Paris, Éditions de L'Homme, 1999.

ÉMERY J.-L., *Surmontez vos peurs. Vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, Paris, Odile Jacob, 2003.

[image] **Sur les thérapies comportementales et cognitives**

ANDRÉ C., *Les Thérapies cognitives*, Paris, Bernet-Danilo, 1998.

COTTRAUX J., *Les Thérapies cognitives*, Paris, Retz, 2001.

VAN RILLAER J., *Les Thérapies comportementales,* Paris, Bernet-Danilo, 1998.

Remerciements

À Christophe André, qui m'a encouragé et aidé à écrire pour Odile Jacob.

À toute l'équipe d'Odile Jacob, et plus particulièrement à Gaëlle Fontaine pour son aide éditoriale et sa précieuse disponibilité.

À Nadine Couessurel pour son soutien et sa gentillesse.

[image]